



**DECLARACIÓ D'INDEPENDÈNCIA COMERCIAL PER A DIRECTORS O RESPONSABLES D'
ACTIVITATS DE FORMACIÓ CONTINUADA DE LES PROFESSIONS SANITÀRIES**

El/la Sr/Sra:

amb DNI:

de l'entitat:

en qualitat de director/a, responsable científic/a o coordinador/a de l'activitat formativa
organitzada per:

número de registre:

amb data/es de celebració:

DECLARA,

Que, en la meua condició de responsable científic/a de l'activitat esmentada, assumeixo la responsabilitat de garantir la independència científica i comercial dels continguts formatius, així com de les intervencions de tots els ponents, conferenciants, professors, tutors, moderadors i altres col·laboradors docents que hi participen.

Així mateix, declaro que:

1. La planificació, elaboració i selecció dels continguts docents s'han realitzat segons criteris científics, tècnics i assistencials, sense influència indeguda d'interessos comercials.
2. Les intervencions dels ponents i docents participants no tenen com a finalitat la promoció, venda o recomanació comercial de medicaments, productes sanitaris, equips, tecnologies o serveis determinats.
3. L'activitat compleix els requisits d'independència comercial establerts pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries (CCFCPS), especialment pel que fa a:
 - la independència en la selecció del professorat;
 - la independència dels continguts docents;
 - la identificació adequada dels patrocinadors;
 - l'absència de publicitat dins dels materials docents;
 - la correcta gestió dels possibles ajuts o patrocinis;



- la prevenció de biaixos comercials en les activitats formatives.
- 4. Quan algun ponent, docent o col·laborador mantingui una relació professional, contractual o econòmica amb una entitat patrocinadora o comercial relacionada amb l'activitat, aquesta circumstància ha estat degudament identificada i gestionada d'acord amb els criteris establerts pel CCFCPS.
- 5. La informació facilitada en aquesta declaració és veraç i em comprometo a conservar la documentació acreditativa que pugui ser requerida per l'Administració o pel CCFCPS en relació amb el compliment dels requisits d'independència comercial.

I perquè així consti, signo aquesta declaració.

Lloc i data:

Signatura:

Les meves dades personals seran tractades pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries amb la finalitat de gestionar la meva participació com a director / responsable de la present activitat de formació continuada.

Les meves dades personals es conservaran fins a la finalització de la gestió administrativa de la meva participació.

Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, Carrer Aragó 330 4a planta Barcelona, per correu postal, e-mail ccfcps@gencat.cat . Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.