DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a……nato/a……(prov..) Stato……...il____/____/_____ e residente a…….……(prov.…..) Stato……. in Via……..……n……..c.a.p……...tel…… indirizzo e-mail ……...documento di riconoscimento……(**da allegare in copia**)……., in qualità di Legale responsabile di …….

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci decade dai benefici ottenuti e incorre nelle sanzioni penali previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e dell'art. 15, comma 1, della Legge n. 183/2011,

DICHIARA

che il Laboratorio ……possiede i seguenti requisiti:

a) svolge un ruolo attivo nel sistema nazionale di microbiologia per la sanità pubblica;
b) è imparziale, libero da qualsiasi conflitto di interessi e, in particolare, non si trova in una situazione che possa, direttamente o indirettamente, influire sull'imparzialità della sua condotta professionale per quanto riguarda l'esercizio dei suoi compiti di laboratorio di riferimento dell'UE[1];
c) dispone di, o ha accesso contrattuale a, personale adeguatamente qualificato con una formazione adeguata nella propria area di competenza[2];
d) possiede o ha accesso alle infrastrutture, alle attrezzature e ai prodotti necessari per svolgere i compiti assegnati[2];

e) garantisce che il proprio personale e quello assunto per contratto abbiano una buona conoscenza degli standard e delle pratiche internazionali e che nel loro lavoro si tenga conto degli ultimi sviluppi della ricerca a livello nazionale, dell'Unione e internazionale;

f) è dotato, o ha accesso, alle attrezzature necessarie per svolgere i propri compiti in situazioni di emergenza;

g) ove previsto, è attrezzato per rispettare le norme di biosicurezza pertinenti.

Firma _____

Data_____

Informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento(UE) 2016/679 e del Decreto Legislativo n. 196/2003

Autorizzazione al trattamento dei dati: il sottoscritto autorizza il Ministero della salute al trattamento dei dati personali sopra riportati per le finalità funzionali alla relativa attività e dichiara di aver preso visione dell'informativa prevista dalla normativa vigente in materia, reperibile al seguente indirizzo del sito istituzionale del Ministero della salute https://www.salute.gov.it/new/it/altro/privacy/

(luogo e data) _____

(firma) _____

NOTE ESPLICATIVE (parte integrante della Dichiarazione)

1. Per quanto riguarda il requisito (b): L'obiettivo è quello di garantire che i Laboratori di Riferimento EU (EURL) designati non posseggano alcun conflitto di interesse che possa influire sull'imparzialità della loro condotta professionale o del loro impegno nell'esercizio delle funzioni di EURL. Tali conflitti di interesse possono essere dovuti a motivi di interesse economico, affinità politica, famigliare o qualsiasi altro interesse comune. Anche se i tipici conflitti di interesse sono diretti, i candidati devono prendere in considerazione anche qualsiasi altra situazione che potrebbe mettere in dubbio la loro capacità di svolgere i compiti di EURL in modo imparziale, o che potrebbe ragionevolmente apparire come tale agli occhi di terzi. A tal proposito il Direttore del Laboratorio richiedente si impegna a valutare autonomamente quali conflitti di interesse possano esistere e a dichiararli in sede di domanda per un'ulteriore valutazione da parte della Autorità nazionale competente.
2. Relativamente ai punti c) e d) non è esclusa l'esternalizzazione di parti minori delle attività, tuttavia i richiedenti devono svolgere gli elementi principali delle attività EURL all'interno della propria Organizzazione.