

Guida per l'utilizzo dell'applicativo web per "la compilazione web" della modulistica per la dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del SSN.

ACCESSO ALL'APPLICATIVO

Al primo accesso al sito, per sapere se il proprio nominativo è presente nella banca dati ed ottenere le credenziali per accedere alla compilazione, occorre inserire il proprio indirizzo email "aziendale" nello specifico campo rappresentato in Fig 1. Una volta inserito l'indirizzo email occorre clickare sul pulsante "Verifica".

Per sapere se il tuo nominativo è presente nella banca dati ed ottenere le credenziali per accedere alla compilazione inserisci il tuo indirizzo email nella casella di testo sottostante.



Figura 1

Inserito l'indirizzo email, nel caso in cui il nominativo risulterà tra quelli presenti nel foglio excel inviato dall'azienda di appartenenza, arriverà una email, come quella riportata in Fig. 2, con USERNAME e PASSWORD.

PNA Sanità

noreply@intesa.agenas.org

In caso di problemi di visualizzazione del messaggio, fare clic qui per visualizzarlo in un Web browser.

Inviato: martedì 23/02/2016 14:21

A:

Gentile utente,

la sua richiesta di credenziali per poter accedere al portale AGENAS per la compilazione on line della modulistica di dichiarazione pubblica di interessi è stata inoltrata correttamente.

Queste sono le credenziali con le quali potrà accedere all'area riservata per avviare l'iter di compilazione della modulistica di dichiarazione pubblica di interessi:

Username:

Password: ybca5

Cordiali saluti


Figura 2

L'utente potrà così accedere alla compilazione inserendo le proprie credenziali ricevute tramite email nella maschera di LOGIN (Fig.3).

LOGIN

Username

Password



Entra

Figura 3

Una volta inseriti Nome Utente e Password, come rappresentato nella figura 3, apparirà una schermata in cui verrà chiesto di modificare la password assegnata e di caricare il documento di identità. (vedi Fig. 4)

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

Vecchia Password:

Nuova password:

Conferma password:

Carta d'Identità

☐ Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", **letta l'informativa** riportata e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo "nominativo" al trattamento dei miei dati personali.

Salva

Figura 4

A questo punto si accederà alla schermata di inserimento dati della I Parte (Fig.5).

Si noti che qualora si perdano l'utenza e/o la password sarà possibile inserire nuovamente il proprio indirizzo email aziendale ed ottenere delle nuove credenziali; accedendo con le nuove credenziali si proseguirà nella compilazione senza perdere i dati inseriti sino a quel momento.

La fase di compilazione potrà essere effettuata in vari momenti e con accessi in diverse giornate, inoltre la compilazione è guidata da una parte alla successiva, ma l'utente se desidera può tornare ad una "parte" già compilata e modificare i dati inseriti.

Compilazione Modulo

PARTE 1

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

PARTE I PARTE II PARTE III PARTE IV PARTE V PARTE VI FIRMA MODULO Benvenuto Logout

SEZIONE OBBLIGATORIA
PARTE I

Nome: _____
Cognome: _____
Titolo/Ruolo: ICT
Indirizzo professionale: via Piemonte 60, Roma
Indirizzo e-mail: _____@agenas.it

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue: consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività professionale svolta presso Agenas e consapevole altresì che la veridicità delle affermazioni di seguito riportate è condizione essenziale della permanenza della fiducia che caratterizza in modo imprescindibile il rapporto di lavoro con l'amministrazione, in fede dichiaro di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti in una azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria oltre a quelli di seguito elencati.

Salva

Attività: Dipendente
Periodo: _____

Attività: Consulente
Periodo: Da oltre 1 anno e meno di 5 anni

Attività: Sperimentatore Coordinatore (Principal Investigator)
Periodo: _____

Attività: Membro di un'Assemblea Consultiva, di un Comitato direttivo/comitato etico, di Commissioni per prontuari terapeutici - ospedalieri, di Nuclei di valutazione HTA, di Scientific Board o organismo equivalente
Periodo: _____

Attività: Sperimentatore (non coordinatore) per lo sviluppo di un prodotto (Investigator)
Periodo: _____

Figura 5

Compilata la parte 1 con la scelta dell'attività svolta e della durata, premendo il pulsante SALVA, si accede alla Parte 2 (fig. 6).

PARTE 2

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

PARTE I **PARTE II** PARTE III PARTE IV PARTE V PARTE VI FIRMA MODULO

Benvenuto, Logout

SEZIONE OBBLIGATORIA
PARTE II

Attività:	Consulente
Tipologia Azienda:	Altro
Azienda:	» AGENAS
Tipologia Attività:	Chirurgia pediatrica
Area di Attività:	» ASPIRINA
Tipologia Prodotto / Tecnologia:	Altra tecnologia
Prodotto/Tecnologia:	
Impiego:	» IMPIEG
Dal:	02/2016
Al:	02/2016

Figura 6

Questa seconda parte della sezione obbligatoria va compilata per le sole voci per le quali si è fornita risposta affermativa nella prima parte. In particolare occorre scegliere la tipologia di azienda per la quale si è prestata l'attività quindi inserire il nominativo dell'Azienda avendo cura di scegliere quello eventualmente proposto dal sistema se già presente. Nel seguito scegliere la tipologia di attività dall'elenco presente ed elencare tutte le aree di attività per le quali si è avuto un ruolo di responsabilità primario. Nel seguito scegliere la tipologia di prodotto/tecnologia dall'elenco presente ed elencare tutte le aree di prodotto/tecnologia per i quali si è avuto un ruolo di responsabilità primario. Bisogna poi inserire l'indicazione di impiego per i prodotti/tecnologie inserite.

N.B. Per la compilazione dei campi di testo, si fa presente che per confermare quanto scritto bisogna premere il pulsante INVIO. Nel caso in cui fossero già presenti dati nel database, nel momento in cui si sta compilando il campo di testo, apparirà in automatico il testo o parte del testo precedentemente inserito per rendere più agevole e veloce la compilazione dei campi: infatti si potrà selezionare con il mouse il testo suggerito evitando così di inserire tutti i caratteri.

PARTE 3

Premendo il pulsante salva nella sezione 2, si arriva alla Parte 3 (Fig.7) dove bisogna rispondere alle 18 domande presenti nella pagina. Per abilitare ogni quesito, bisogna rispondere affermativamente alla prima domanda dal menù a tendina. Non appena viene selezionata la risposta “SI”, i restanti campi vengono automaticamente abilitati. Nel caso in cui la risposta fosse negativa, non verranno abilitati i restanti campi e non si procederà all’attivazione delle successive sezioni. Queste saranno attivate solo in caso di risposta affermativa di alcuni specifici quesiti.

Si noti che devono intendersi esclusi, ai fini della presente dichiarazione, gli emolumenti e le liberalità a qualsiasi titolo erogati dalle Associazioni di categoria.

N.B. Per la compilazione dei campi di testo, si fa presente che per confermare quanto scritto bisogna premere il pulsante INVIO. Nel caso in cui fossero già presenti dati nel database, nel momento in cui si sta compilando il campo di testo, apparirà in automatico il testo o parte del testo precedentemente inserito per rendere più agevole e veloce la compilazione dei campi: infatti si potrà selezionare con il mouse il testo suggerito evitando così di inserire tutti i caratteri.

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

Benvenuto, Logout

PARTE I PARTE II **PARTE III** PARTE IV PARTE V PARTE VI FIRMA MODULO

SEZIONE OBBLIGATORIA
PARTE III

Salva

3.1 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho svolto lavoro dipendente ed ho percepito compensi direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, relativi alla produzione di farmaci/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria

Tipologia Azienda:

Azienda/Industria:

Tipologia Prodotto / Tecnologia:

Prodotto/Tecnologia:

Documentazione:

Documentazione Testo:

3.2 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho agito in qualità di consulente per la/le seguente/i organizzazione/i (azienda farmaceutica, HTA, organismi di ricerca pubblici o privati, ecc.)

Tipologia Azienda:

Azienda/Industria:

Tipologia Prodotto / Tecnologia:

Prodotto/Tecnologia:

Figura 7

Come già indicato, in base alla compilazione dei punti della Parte 3, verranno conseguentemente abilitate le sezioni seguenti (Parte 4, Parte 5 e Parte 6).

PARTE 4

Premendo il pulsante SALVA nella Parte 3, si arriva alla Parte 4 (Fig.8) dove, in base alle risposte selezionate nella Parte 3, bisognerà completare le informazioni inserite.

In particolare si segnalano le seguenti correlazioni:

- il punto 4.1 è compilabile solo se sono state abilitate e completate le parti 3.1 e/o 3.7 e/o 3.13 e/o 3.14;
- il punto 4.2 è compilabile solo se sono state abilitate e completate le parti 3.3 e/o 3.3 e/o 3.14 e/o 3.11 e/o 3.12;
- il punto 4.3 è compilabile solo se sono state abilitate e completate le parti 3.5 e/o 3.6 e/o 3.9 e/o 3.10;
- il punto 4.4 è compilabile solo se sono state abilitate e completate la parte 3.16.

Dopo aver premuto il pulsante SALVA, bisogna rispondere alle 18 domande presenti nella pagina; nel caso di risposta affermativa, si abilitano i relativi campi dove poi vanno scelti i dati, dai menù a tendina, e inseriti i dati nei campi di testo. È possibile inoltre, cliccando sul “+”, duplicare la sezione nel caso si volesse aggiungere un’Attività/Partecipazione.

N.B. Per la compilazione dei campi di testo, si fa presente che per confermare quanto scritto bisogna premere il pulsante INVIO. Nel caso in cui fossero già presenti dati nel database, nel momento in cui si sta compilando il campo di testo, apparirà in automatico il testo o parte del testo precedentemente inserito per rendere più agevole e veloce la compilazione dei campi: infatti si potrà selezionare con il mouse il testo suggerito evitando così di inserire tutti i caratteri.

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

PARTE I PARTE II PARTE III **PARTE IV** PARTE V PARTE VI FIRMA MODULO

Benvenuto

Logout

SECONDA SEZIONE DICHIARAZIONE DEGLI INTERESSI DI CARATTERE FINANZIARIO

Salva

4.1 ho avuto, nel triennio precedente alla presente dichiarazione e/o in quello in corso, interessi finanziari in aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate ad azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria, nonché il pagamento di diritti e/o il possesso di quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale (ad esclusione di fondi comuni o prodotti analoghi in cui l'investitore non ha alcun controllo sulla selezione delle quote), diritti da brevetti o altre forme di proprietà intellettuale da parte di azienda farmaceutica/produttore/organizzazione sanitaria.

Attività/ Partecipazione:	Interessi finanziari in società direttamente collegate ad azienda produttrice	-	-	+
Entità dell'interesse finanziario:	da E 1001 a 5000 lordi	-	-	+
Quota percepita direttamente:	1001			
Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:	4999			
Dal:	06/2015			
Al:	01/2016			

4.3 ho percepito il seguente finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali (quota di iscrizione o delle spese di viaggio, alloggio e soggiorno), da sponsor/azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria:

Attività/ Partecipazione:	Finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali da parte di sponsor	-	-	+
Entità dell'interesse finanziario:	da E 500,00 a 1000 lordi	-	-	+
Quota percepita direttamente:	800			
Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:				
Dal:	02/2016			
Al:	03/2016			

4.5 dichiaro qualsiasi altro interesse finanziario che possa influenzare l'esercizio delle mie funzioni (indicare eventuali altri interessi finanziari e/o eventuali informazioni integrative).

nessuno

Figura 8

PARTE 5

Premendo il pulsante salva nella Parte 4, si arriva alla Parte 5 (Fig.9) dove, in base alle risposte selezionate nella Parte 3 (se sono state selezionate le voci 3.5 e/o 3.6 e/o 3.9 della tabella 3), bisognerà completare le informazioni inserite.

Nella tabella 5 indicare le tipologie di rimborso viaggio tra un elenco predeterminato a scelta multipla: volo, treno, auto, mezzi urbani, taxi; analogamente per la voce “categoria” l’indicazione va scelta tra business o economy.

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

PARTE I PARTE II PARTE III PARTE IV **PARTE V** PARTE VI FIRMA MODULO Benvenuto, Logout

TERZA SEZIONE
DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI SU INVITO AD EVENTI ORGANIZZATI DA TERZI

Nome: Cognome:

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza, in piena conoscenza del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità e Piano di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di un invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato all'evento/i di cui alla seguente tabella, organizzato da terzi, in relazione al quale/i le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi. Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero.

Sì ☒ NO ☐

Salva

5.1.1 Nome del Soggetto Terzo che ha rimborsato/sostenuto le spese

Prova:

5.1.2 Funzione del Soggetto Terzo che ha rimborsato/sostenuto le spese

PROVA:

5.1.3 Indirizzo del Soggetto Terzo che ha rimborsato/sostenuto le spese

Prova:

5.2.1 Viaggio

Sì

Tipo:

volo

Categoria:

Figura 9

PARTE 6

La parte 6 sarà abilitata solo nel caso in cui sia abilitata la voce 3.10 nella parte 3.

Nella tabella 6 indicare le tipologie di rimborso viaggio tra un elenco predeterminato a scelta multipla: volo, treno, auto, mezzi urbani, taxi; analogamente per la voce “categoria” l’indicazione va scelta tra business o economy (Fig. 10)

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

PARTE I PARTE II PARTE III PARTE IV PARTE V PARTE VI **FIRMA MODULO** Benvenuto Logout

QUARTA SEZIONE
DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI ALL'ORGANIZZAZIONE DI EVENTI SPONSORIZZATI DA TERZI

Nome: Cognome:

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza, in piena conoscenza del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità e Piano di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato in qualità di organizzatore, al seguente evento sponsorizzato da terzi, in relazione al quale le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi. Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero.

SI ☒ NO ☐

Salva

6.1.1 Nome del Soggetto Terzo che ha rimborsato/sostenuto le spese
Prova

6.1.2 Funzione del Soggetto Terzo che ha rimborsato/sostenuto le spese
PROVA

6.1.3 Indirizzo del Soggetto Terzo che ha rimborsato/sostenuto le spese
Prova

6.2.1 Viaggio
No

6.2.2 Alloggio
Si

Figura 10

Premendo il pulsante SALVA e di seguito su FIRMA MODULO, si accederà alla pagina di chiusura della modulistica (Fig. 11).

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

PARTE I PARTE II PARTE III PARTE IV PARTE V PARTE VI DONI FIRMA MODULO Benvenuto, Logout

Chiuso il 23 Marzo 2016 [Sblocca modulistica](#)

FIRMA

Per firmare ed inviare il documento: inserisci il pin ricevuto via email e clicca sul pulsante "FIRMA" altrimenti per riprendere la compilazione clicca su "sblocca modulistica"

Pin:



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

SEZIONE OBBLIGATORIA
Parte I

Nome:
Cognome:
Titolo/Ruolo:
Indirizzo professionale: via Piemonte 60, Roma
Indirizzo e-mail: @agenas.it

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue: consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività professionale svolta presso **Agenas** e consapevole altresì che la veridicità delle affermazioni di seguito riportate è condizione essenziale della permanenza della fiducia che caratterizza in modo imprescindibile il rapporto di lavoro con l'amministrazione, in fede dichiaro di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti in una azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria oltre a quelli di seguito elencati.

Figura 11

Arriverà una email con il codice PIN da inserire (Fig. 12) nella firma modulo.

PNA Sanità : codice PIN

noreply@intesa.agenas.org

 In caso di problemi di visualizzazione del messaggio, fare clic qui per visualizzarlo in un Web browser.

Fare clic qui per scaricare le immagini. Per motivi di privacy, il download automatico di alcune immagini del messaggio non è stato eseguito.

Inviato: martedì 01/03/2016 11:11

A:

Gentile utente ,

la sua richiesta di codice PIN per poter completare la procedura di compilazione online attraverso il portale AGENAS dei moduli di dichiarazione pubblica di interessi con la firma elettronica ai sensi degli artt. 21 e 71 del codice dell'Amministrazione Digitale, è stata inoltrata correttamente.

Questo è il codice PIN con il quale potrà procedere alla firma cui verrà associata la data e l'ora e la fase di compilazione verrà chiusa.

PIN: kq7e7q

Cordiali saluti

Figura 12

A questo punto la compilazione è "chiuso". Si può riaprire la fase di modifica cliccando sulla voce in alto a destra "SBLOCCA MODULISTICA" che permette di tornare nelle sezioni precedenti ed eventualmente modificare i dati inseriti (Fig. 11).

Inserendo, altresì, il PIN arrivato tramite l'email di cui alla Fig. 12, il modulo verrà firmato elettronicamente e definitivamente chiuso. Arriverà, sempre tramite email, una ulteriore conferma di chiusura corretta del modulo (Fig. 13) e a questo punto la procedura informatica potrà ritenersi conclusa correttamente e si

potrà eventualmente procedere alla stampa dei moduli (Fig. 14). Una volta giunti a questa fase il modulo non potrà più essere modificato.

Il modulo firmato e consegnato sarà accessibile dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione della propria azienda di appartenenza.

Agenas.it - Intesa

noreply@intesa.agenas.org

❗ In caso di problemi di visualizzazione del messaggio, fare clic qui per visualizzarlo in un Web browser.

Fare clic qui per scaricare le immagini. Per motivi di privacy, il download automatico di alcune immagini del messaggio non è stato eseguito.

Inviato: martedì 01/03/2016 12:06

A:

Gentile utente ,

le confermiamo che la procedura di compilazione online e di consegna della modulistica di dichiarazione pubblica di interessi attraverso il portale AGENAS si è conclusa correttamente.

Si rammenta che Lei risponde della veridicità dei dati e delle informazioni comunicate e/o inserite tramite la procedura informatica online e che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000).

Cordiali saluti

Figura 13

DICHIAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

PARTE I PARTE II PARTE III PARTE IV PARTE V PARTE VI CONSULTA MODULO

Benvenuto Logout

Chiuso il 01 Marzo 2016

Stampa Moduli Scarica Allegati

Agenas Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

SEZIONE OBBLIGATORIA
Parte I

Nome: _____
Cognome: _____
Titolo/Ruolo: ICT
Indirizzo professionale: via Piemonte 60, Roma
Indirizzo e-mail: @agenas.it

Io sottoscritto, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue: consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività professionale svolta presso Agenas e consapevole altresì che la veridicità delle affermazioni di seguito riportate è condizione essenziale della permanenza della fiducia che caratterizza in modo imprescindibile il rapporto di lavoro con l'amministrazione, in fede dichiaro di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti in una azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria oltre a quelli di seguito elencati.

1. Attività: Consulente
Periodo: Da oltre 1 anno e meno di 5 anni

Data: 01 Marzo 2016 IL DICHIARANTE
Data: 01 Marzo 2016 IL DICHIARANTE

*modulo firmato elettronicamente

Agenas Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

SEZIONE OBBLIGATORIA
Parte II

Figura 14

Da questo riepilogo sarà possibile stampare (come evidenziato nella figura precedente) i moduli inseriti (Fig. 15) e scaricare il documento di identità allegato (Fig. 16).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

SEZIONE OBBLIGATORIA Parte I

Nome:

Cognome:

Titolo/Ruolo: ICT

Indirizzo professionale: via Piemonte 60, Roma

Indirizzo e-mail @agenas.it

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue: consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività professionale svolta presso **Agenas** e consapevole altresì che la veridicità delle affermazioni di seguito riportate è condizione essenziale della permanenza della fiducia che caratterizza in modo imprescindibile il rapporto di lavoro con l'amministrazione, in fede dichiaro di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti in una azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria oltre a quelli di seguito elencati.

Figura 15

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

[PARTE I](#) [PARTE II](#) [PARTE III](#) [PARTE IV](#) [PARTE V](#) [PARTE VI](#) [CONSULTA MODULO](#)

[Benvenuto, bianda](#) [Logout](#)

Download Allegati

1. Carta di identità - Download uploads/carte-di-identita/Certificate_7sBdu1z.pdf

Figura 16