|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | <<Today\_\_s>> |

**MODULO RICHIESTA INFORMAZIONI PROFESSIONALI**

Gentile <<Account\_Title\_Desc\_GLBL>> <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_LastName>>,

Siamo molto lieti di poter collaborare con Lei nel prossimo futuro.

Al fine di predisporre il Suo contratto di prestazione professionale, vorremmo chiederLe alcune informazioni per fare in modo che la Sua collaborazione con Lilly avvenga in conformità con tutte le normative e regolamentazioni di settore.

È nostra intenzione cercare di semplificare il processo di redazione del contratto, raccogliendo le Sue informazioni personali una sola volta e inserendoLe nel nostro archivio, affinché siano accessibili in modo semplice e rapido anche in occasione di future collaborazioni.

La documentazione richiesta comprende:

1. Informazioni relative alla notifica all’Ente per cui lavora
2. Riassunto delle Sue qualifiche professionali
3. Preferenze modalità di contatto
4. Informazioni per redazione contratto e per il pagamento

La ringraziamo per il tempo che vorrà dedicare alla compilazione dei documenti del pacchetto e Le chiediamo di riconsegnare il tutto a Lilly non appena Le sarà possibile. In caso di domande o perplessità, non esiti a contattarci al numero telefonico 02 9129 4898.

La documentazione compilata può essere riconsegnata a Lilly tramite:

E-mail: **Lilly\_Italia\_CMS@lilly.com** Fax: **+39 02 9129 4899**

Posta:

**Eli Lilly Italia S.p.A. – Customer Meeting Services**

**Via Gramsci, 731/733**

**50019 Sesto Fiorentino (FI)**

**Italia**

Cordiali saluti,

Lilly Customer Meeting Services

**1. Informazioni relative alla notifica all’Ente per cui lavora**

|  |
| --- |
| In qualità di apprezzato esperto nel Suo campo, Eli Lilly Italia S.p.A. è lieta di poter collaborare con Lei nel prossimo futuro. Solo attraverso la collaborazione con i professionisti sanitari possiamo migliorare le nostre conoscenze al fine di sviluppare farmaci innovativi utili per la cura dei pazienti. I pazienti che si affidano ai prodotti Lilly dipendono dalle decisioni e dalle azioni che ognuno di noi esegue ogni giorno. Di conseguenza ci dedichiamo con il massimo impegno a lavorare in modo responsabile ed etico, coerentemente con tutte le leggi applicabili ed in particolare con quelle in materia di Privacy (D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni), di Anticorruzione (D.Lgs. 231/2001 e successive modifiche ed integrazioni) e di Pubblico Impiego (Testo unico sul pubblico impiego D.Lgs. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni), mantenendo sempre in primo piano il principio di trasparenza e impostando nuovi standard di eccellenza, fondamentali per alimentare e mantenere la fiducia nel settore.  Nel rispetto di questi principi, Lilly ha scelto di notificare alle istituzioni sanitarie la stipula di contratti con i professionisti che operano nelle stesse.  L’applicazione di questa procedura interna è frutto di un impegno proattivo di Lilly, che anticipa eventuali richieste esterne sulla trasparenza. Inoltre, siamo certi che per Lei i pazienti costituiscono una priorità assoluta e apprezziamo la Sua profonda competenza clinica e la Sua conoscenza professionale. Riteniamo che la trasparenza in merito alla nostra collaborazione possa essere utile per proteggere le nostre relazioni professionali ed eliminare qualsiasi percezione relativa al fatto che gli operatori sanitari possano essere influenzati da Lilly nelle loro decisioni di cura dei pazienti.  Prima di avviare la nostra nuova collaborazione professionale, Le chiediamo, per ogni istituzione presso la quale Lei presta servizio, di indicare un individuo\* dotato dell’autorità necessaria a rappresentare o a prendere decisioni a nome dell’ente/istituzione. La preghiamo di inserire questa informazione nella Sezione 1. Gli individui designati riceveranno una comunicazione in merito al Suo accordo con Lilly prima dell’avvio della nostra collaborazione. A tali individui non è richiesta alcuna azione, ma possono ovviamente contattare Lilly in caso di domande o perplessità.  Se Lei lavora esclusivamente come libero professionista, La preghiamo di compilare soltanto la Sezione 2.  Poiché collaboreremo a breve e per Sua comodità, Le comunichiamo che archivieremo le informazioni da Lei fornite nelle sezioni qui di seguito in un unico profilo personale per poterle riutilizzare in qualsiasi futura collaborazione.  \* Esempi di individui designati: Responsabile di Dipartimento, Direttore Amministrativo Ospedaliero, Direttore Amministrativo Universitario, Responsabile delle Risorse Umane, Dirigente Medico.  **Informazioni relative alla notifica all’Ente per cui lavora** |
| **Sezione 1 –** *Se lavora per più di un’istituzione, indichi un individuo designato per ciascuna delle istituzioni.* |
| Sono consapevole del fatto che Lilly invierà una notifica all’individuo (o agli individui) indicati di seguito in merito al servizio che fornirò.  Firma: Data:  Istituzione n° 1:  Nome in stampatello e ruolo dell’individuo designato:  Nome in stampatello dell’istituzione:  Indirizzo ufficio:  E-mail dell’individuo designato:  Istituzione n° 2, se pertinente:  Nome in stampatello e ruolo dell’individuo designato:  Nome in stampatello dell’istituzione:  Indirizzo ufficio:  E-mail dell’individuo designato:  *Nota: Se lavora in ulteriori istituzioni, La preghiamo di aggiungere una copia del foglio.* |
| **Sezione 2 –** *Da completare a cura dell’interessato in caso di sola libera professione.* |
| Con la presente dichiaro di svolgere la mia attività professionale solo in qualità di libero professionista.  Firma: Data: |

**Richiesta Autorizzazione Preventiva all’Ente**

Io Sottoscritto/a **<<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_Name>>**

***: necessitare***

***necessitare***

Dichiaro di: **necessitare; non necessitare** dell’autorizzazione del mio datore di lavoro/ente di appartenenza, per le attività di Relatore o Moderatore a Convegni e Congressi, **e comunque per le attività oggetto della presente proposta**, in virtu’ di quanto disposto:

* dalla Legge 30 Dicembre 2010, N. 240 “Norme in materia di organizzazione delle universita', di personale accademico e reclutamento, nonche' delega al Governo per incentivare la qualita' e l'efficienza del sistema universitario”, e/o
* dal D. Lgs. 165/2001 (Testo unico sul pubblico impiego), e/o
* dal Contratto Collettivo Nazionale della Dirigenza Medica o della Categoria Professionale di appartenenza, oppure dal Contratto di Lavoro Aziendale e/o dal Regolamento di Ateneo/Dipartimento o altro tipo di Contratto di Lavoro in vigore con il mio Ente.

Le dichiarazioni di cui sopra sono rilasciate sotto la mia responsabilità ed in virtù di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 relativo alla veridicità delle informazioni rilasciate.

|  |
| --- |
| **INFORMATIVA RESA ALL’INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO**  **DI DATI PERSONALI COMUNI** |

“Ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” ed in relazione ai dati personali – di natura esclusivamente comune (ivi incluso il suo Curriculum Vitae) - che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue.

I suoi dati potranno essere utilizzati per lo svolgimento di tutte le attività necessarie e/o propedeutiche al perfezionamento del Suo incarico professionale o della Sua partecipazione all’evento così come indicato nell’accordo di notifica all’Ente (dal quale Lei dipende) a cui è allegata la presente informativa. In particolare, a tal fine, i suoi dati saranno utilizzati per:

1. definire, ove previsto, un adeguato compenso per l’attività professionale che svolgerà per noi, sulla base della Sua esperienza e delle Sue competenze;
2. notificare il predetto incarico o la predetta partecipazione al Suo Ente e, più specificatamente, alla persona da Lei indicata nel sopramenzionato accordo quale responsabile del ricevimento di tali comunicazioni all’interno dell’Ente;
3. l’espletamento delle attività di revisione contabile, finanziaria, di auditing e di investigazione interne, per motivi di verifica dell’osservanza e del rispetto delle procedure aziendali, delle disposizioni del codice di condotta, del codice di comportamento aziendale “Libretto Rosso” e delle disposizioni di legge vigenti.
4. I suoi dati, ai sensi dell’articolo 13 del citato Decreto Legislativo, potranno eventualmente formare oggetto di trattamento da parte del Comitato di Controllo e del Giuri del Codice Deontologico di Farmindustria esclusivamente ai fini dell’attività di controllo esercitata dai citati organismi e con riferimento esclusivo al Codice Deontologico Associativo ed all’evento indicato nell’accordo di notifica all’Ente allegato alla presente informativa nonché da parte della Eli Lilly & Company (U.S.A.), delle altre affiliate del gruppo Eli Lilly, da parte di società esterne di revisione contabile finanziaria e di auditing italiane ed estere nonché da consulenti o legali esterni di Eli Lilly & Company (U.S.A.) o da affiliate del gruppo Eli Lilly che sono legittimate a tale trattamento in forza del certificato Safe Harbour ottenuto il 18 Agosto 2004 ed annualmente ricertificato, per esclusive finalità di verifica della osservanza e della compliance alle procedure aziendali, alle disposizione del codice di condotta, del codice di comportamento aziendale “Libretto Rosso” ed alle disposizioni di legge vigenti in materia.
5. I suoi dati personali saranno inseriti nel sistema informatico onde garantirne una gestione più sistemica ed organica ed al quale potranno accedere **solo soggetti** **incaricati da Eli Lilly Italia S.p.A.** ai fini del trattamento di tali dati. Tale sistema è protetto contro gli accessi di terzi in conformità a quanto previsto dal Documento Programmatico della Sicurezza di Eli Lilly Italia SpA.
6. Il conferimento dei dati personali ha natura **facoltativa**; resta inteso, tuttavia, che la Sua mancata prestazione del consenso non consente ad Eli Lilly Italia S.p.A. di conferirle l’incarico professionale o di invitarla all’evento ai sensi di quanto previsto dal punto 3.2. del vigente Codice Deontologico di Farmindustria.
7. Tutti i dati raccolti per le finalità di cui ai punti che precedono verranno conservati per il periodo di tempo necessario ad espletare gli adempimenti connessi alle finalità descritte in premessa ed in osservanza delle leggi vigenti;
8. I dati personali in questione saranno accessibili soltanto da parte di personale autorizzato da Eli Lilly Italia S.p.A e da società esterne che collaborano con la scrivente e che sono state nominate Responsabili esterne del trattamento dei dati. I nominativi di predette società sono sempre disponibili ed aggiornati presso la scrivente. I dati possono essere forniti, su espressa richiesta, ad un’autorità amministrativa e/o giudiziaria. A dette terze parti, locate negli Stati Uniti o in Paesi terzi in cui le leggi sulla privacy potrebbero essere diverse dall’Italia, Lilly richiederà di trattare e conservare i suoi dati in modo sicuro e di non utilizzarle per motivi diversi da quelli descritti in premessa.
9. I dati personali in oggetto potranno essere trasferiti all’estero all’interno dell’U.E. ed in paesi extra U.E. (es. partecipazione a congressi e convegni internazionali, ragioni tecniche come la localizzazione dei servers, etc,);
10. A Lei e’ riconosciuto l’esercizio dei diritti di cui all’art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003, tra i quali, ad esempio, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione dei Suoi dati;
11. il Titolare del trattamento dei dati in oggetto e’ la Eli Lilly Italia S.p.A, con sede in Via Gramsci 731 - 50019 Sesto Fiorentino (FI) nella persona del Legale Rappresentante pro-tempore;
12. il Responsabile del trattamento dei dati in oggetto è il Dr. Massimo Verdilio per Lilly Oncologia, Dr. Vincenzo Navarra per Lilly Diabete e GH, Dr. Luca Martines per Lilly Andrologia e Salute mentale, Dr. Cristiana Caldarelli per Lilly Osteoporosi e Sindrome coronarica acuta, Dr. Concetto Vasta per Corporate & Public Affairs via Gramsci 731 (50019) Sesto Fiorentino (FI).
13. Per ogni eventuale comunicazione relativa al trattamento dei dati e più in particolare all’esercizio dei diritti di cui all’articolo 7 La invitiamo a contattare il Customer Meeting Services Team, incaricato al trattamento dei dati personali, al numero 02 9129 4898 oppure all’indirizzo: [Lilly\_Italia\_CMS@lilly.com](mailto:Lilly_Italia_CMS@lilly.com) (all’interno dell’Unione Europea) o a seguire direttamente le istruzioni riportate sul nostri sito relativo alla trasparenza.

**Dati del Professionista Sanitario**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nome e cognome:* |  |
| *Specializzazione* |  |
| *Nato a:* |  |
| *il:* |  |
| *Tel:* |  |
| *E-Mail:* |  |

Le dichiarazioni di cui sopra sono rilasciate sotto la mia responsabilità ed in virtù di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 relativo alla veridicità delle informazioni rilasciate.

***Firma Professionista Sanitario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**2.** **Riassunto delle qualifiche professionali**

Le seguenti informazioni vengono richieste per verificare che la Sua esperienza e le Sue qualifiche siano correttamente riflesse nel Suo compenso. Questo passaggio conferma che i pagamenti di Lilly ai professionisti sanitari corrispondono ai valori di mercato correnti. In caso di risposta positiva ad alcune delle domande riportate di seguito, potrebbe esserLe richiesto di fornire il suo CV. In questo caso, La preghiamo di non fornire informazioni personali non professionali all’interno del Suo CV (ad esempio la data di nascita).

**Qualifiche accademiche**

**Esperienza clinica/di ricerca**

**Ricerca e pubblicazioni**

**Insegnamento e consulenza**

\* MERGEFORMAT

**Ruoli dirigenziali istituzionali e partecipazione a comitati o associazioni scientifiche sanitarie**

**Preferenze, contratto e informazioni per il pagamento**

Le chiediamo di inserire le seguenti informazioni al fine della redazione del contratto di servizio e della definizione dei dettagli logistici per il meeting. Poiché auspichiamo future collaborazioni con Lei, per semplificare il processo vorremmo archiviare le informazioni che ci fornirà di seguito in un profilo personale, in modo da poterle riutilizzare in futuro. In questo modo non dovremo chiederLe di nuovo tali informazioni.

**3. Preferenze modalità di contatto**

(Ai fini del contratto e dei dettagli logistici per il meeting)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Nome completo | | |
|  | | |
| Indirizzo | | |
|  |  |  |
| Telefono |  | Cellulare |
|  | | |
| E-mail per comunicazioni e conferma pagamenti | | |
|  | | |
| Fax | | |

La preghiamo di indicare il metodo con cui preferisce essere contattato da Lilly in riferimento alla redazione del contratto di servizio e all’organizzazione logistica.

Email

Telefono

Cellulare

Fax

Posta

**4. Informazioni per redazione contratto e per il pagamento**

Ai fini della redazione del contratto di servizio da parte di Lilly, La preghiamo di indicare le parti contraenti richieste, fornendo il relativo indirizzo se diverso da quello inserito sopra.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Me stesso (come Persona fisica) |
|  |  |
|  |  |
|  | La mia Istituzione |
|  |  |

**Pagamento**

La preghiamo di specificare quale dei firmatari sarà beneficiario del compenso e/o del rimborso spese:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Persona fisica (me stesso) |
|  | Istituzione |

Inserire i dettagli del beneficiario:

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN bancario |  |
| Codice BIC/SWIFT: |  |
| Nome Banca: |  |

**Codice Fiscale e/o Partiva IVA**

PARTITA IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Firma* |  | *Data* |