



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
SPITALUL RAIONAL SOROCA „A.PRISACARI”

ORDIN

Din 07 august 2023

Nr.141-1

"Cu privire la aprobarea Registrului declarațiilor conflictelor de interese în cadrul IMSP Spitalul Raional Soroca "A.Prisacari" și desemnarea persoanei responsabile de ținerea Registrului".

În temeiul Legii nr.133 din 17.06.2016 privind declararea averii și a intereselor personale (capitolul III), Legii integrității nr.82 din 25.05.2017 (art.14,15), Legii nr.325 din 23.12.2013 privind evaluarea integrității instituționale (art.5), Codului deontologic al lucrătorului medical și farmacistului aprobat prin HG nr.192 din 24.03.2017 (pct.108),

ORDON:

1. Se aprobă Registrul declarațiilor conflictelor de interese din cadrul IMSP SR Soroca, conform anexei nr.10 din Ghidul integrității medicale din RM.
2. Se desemnează în calitate de persoană responsabilă de ținere a Registrului declarațiilor conflictelor de interese, juristul IMSP SR Soroca dna Veronica Patrașco.
3. Controlul executării prezentului ordin mi-l asum personal.

Director interimar

Ella Ursu

REPUBLICA MOLDOVA

(denumirea IMSP)

REGISTRUL DECLARAȚIILOR PRIVIND CONFLICTELE DE INTERESE

Nr. _____

[illegible]

DECLARAȚIE DE CONFLICT DE INTERESE

Către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale/ autorității publice locale

Prin prezenta, subsemnatul / subsemnata _____

(numele și prenumele declarantului)

deținând funcția de _____

(conducător / adjunct al conducătorului în cadrul IMSP)

În cadrul _____ declar, că la data de _____

am constatat că mă aflu în situație de conflict de interese, în legătură cu:

(bifați și completați una din opțiuni)

☐ soluționarea următoarei cereri / demers: _____

(numele prenumele persoanei care a depus cererea / demersul)

☐ emiterea următorului act administrativ: _____

(denumirea actului administrativ)

☐ încheierea, direct sau prin intermediul unui terț, a următorului act juridic: _____

(denumirea actului juridic)

☐ luarea următoarei decizii: _____

(denumirea actului administrativ)

☐ Participarea la luarea următoarei decizii: _____

(denumirea deciziei și denumirea organismului colegial din care faceți parte la luarea deciziei)

Declar că situația dată generează pentru mine un conflict de interese real, care influențează sau ar putea influența îndeplinirea imparțială și obiectivă a funcției mele, din următoarele considerente:

(Date despre natura conflictului de interese și modul în care acestea influențează sau pot influența exercitarea funcției)

Înțelegând că opinia mea, în acest sens, nu prevalează asupra opiniei Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, propun identificarea următoarei soluții pentru situația de conflict de interese:

☐ restricționarea accesului declarantului la următoarele informații: _____

☐ restricționarea participării declarantului la examinarea următoarelor situații care au legătură cu interesul personal: _____

☐ transferul declarantului cu acordul său scris, la următoarea funcție: _____

☐ redistribuirea următoarelor responsabilități și sarcini ale declarantului, deoarece conflictul său de interese va continua _____

☐ luarea următoarei soluții, prevăzute de legislația specială din domeniul ocrotirii sănătății _____

Declar că, până la depunerea prezentei declarații, m-am abținut de la exercitarea atribuțiilor care îmi revin în legătură cu situația care generează pentru mine un conflict de interese.

În legătură cu declarația depusă, rog respectuos Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale să identifice, în termen de 3 zile, cea mai bună soluție pentru rezolvarea situației asupra căreia am informat, pornind de la interesele sistemului de ocrotire a sănătății și ale pacienților, interesul public, interesele legitime ale lucrătorilor medical și farmaceutici și ai altor angajați ai instituției, nivelul funcției pe care o dețin, natura conflictului de interese pe care l-am declarat, precum și de la alți factori relevanți.

Rog să mă informați cu privire la soluția adoptată în legătură cu prezenta declarație.

(numele, prenumele declarantului)

(semnătura)

(data)

CONFIRMAREA RECEPȚIONĂRII DECLARAȚIEI

Declarația a fost recepționată de

(numele, prenumele și semnătura persoanei responsabile care a recepționat)

Nr. de ordine din Registrul declarațiilor

conflictelor de interese : _____ data recepționării declarației _____

ILSP SR Soroca, A. Prisacari

REGISTRUL DECLARAȚIILOR PRIVIND CONFLICTELE DE INTERESE

[illegible]

DECLARAȚIE DE CONFLICT DE INTERESE
Către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale/ autorității publice locale

Prin prezenta, subsemnatul / subsemnata _____
(numele și prenumele declarantului)

deținând funcția de _____
(conducător / adjunct al conducătorului în cadrul ÎMSP)

În cadrul _____ declar, că la data de _____

am constatat că mă aflu în situație de conflict de interese, în legătură cu:

(bifați și completați una din opțiuni)

☐ soluționarea următoarei cereri / demers: _____
(numele prenumele persoanei care a depus cererea / demersul)

☐ emiterea următorului act administrativ: _____
(denumirea actului administrativ)

☐ încheierea, direct sau prin intermediul unui terț, a următorului act juridic : _____
(denumirea actului juridic)

☐ luarea următoarei decizii: _____
(denumirea actului administrativ)

☐ Participarea la luarea următoarei decizii: _____
(denumirea deciziei și denumirea organului colegial din care faceți parte la luarea deciziei)

Declar că situația dată generează pentru mine un conflict de interese real, care influențează sau ar putea influența îndeplinirea imparțială și obiectivă a funcției mele, din următoarele considerente:

(Date despre natura conflictului de interese și modul în care acestea influențează sau pot influența exercitarea funcției)

Înțelegând că opinia mea, în acest sens, nu prevalează asupra opiniei Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, propun identificarea următoarei soluții pentru situația de conflict de interese:

☐ restricționarea accesului declarantului la următoarele informații : _____

☐ restricționarea participării declarantului la examinarea următoarelor situații care au legătură cu interesul personal : _____

☐ transferul declarantului cu acordul său scris, la următoarea funcție : _____

☐ redistribuirea următoarelor responsabilități și sarcini ale declarantului, deoarece conflictul său de interese va continua _____

☐ luarea următoarei soluții, prevăzute de legislația special din domeniul ocrotirii sănătății _____

Declar că, până la depunerea prezentei declarații, m-am abținut de la exercitarea atribuțiilor care îmi revin în legătură cu situația care generează pentru mine un conflict de interese.

În legătură cu declarația depusă, rog respectuos Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale să identifice, în termen de 3 zile, cea mai bună soluție pentru rezolvarea situației asupra căreia am informat, pornind de la interesele sistemului de ocrotire a sănătății și ale pacienților, interesul public, interesele legitime ale lucrătorilor medical și farmaceutici și ai altor angajați ai instituției, nivelul funcției pe care o dețin, natura conflictului de interese pe care l-am declarat, precum și de la alți factori relevanți.

Rog să mă informați cu privire la soluția adoptată în legătură cu prezenta declarație.

(numele, prenumele declarantului)

(semnătura)

(data)

CONFIRMAREA RECEPȚIONĂRII DECLARAȚIEI

Declarația a fost recepționată de

(numele, prenumele și semnătura persoanei responsabile care a recepționat)

Nr. de ordine din Registrul declarațiilor

conflictelor de interese : _____ data recepționării declarației _____