



ANEXO A SOLICITUD

MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL PROVEEDOR DE FORMACIÓN CONTINUADA SOBRE CONFLICTO DE INTERESES.

ENTIDAD PROVEEDORA		NIF	
DOMICILIO			
REPRESENTADA POR (nombre y cargo)			

en relación con la solicitud de acreditación de la actividad de formación continuada de profesiones sanitarias:

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD			
CRONOGRAMA DE LA ACCIÓN FORMATIVA	Nº EDICIÓN:	HORAS - MODALIDAD sincrónica /asincrónica	FECHA

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD que:

1. **Asume la responsabilidad total** sobre la veracidad de la información aportada en la solicitud de acreditación y sobre la adecuada gestión de los posibles conflictos de intereses derivados de la organización y desarrollo de la actividad formativa.
2. **Garantiza la independencia, objetividad y rigor científico** de los contenidos, asegurando que **ninguna entidad comercial, patrocinador o interés particular** ha influido o condicionará los objetivos, los materiales, ni la selección de ponentes o participantes.
3. Ha solicitado y conserva las **declaraciones individuales de conflicto de intereses** de todos los autores, docentes, tutores, coordinadores y patrocinadores implicados, comprometiéndose a ponerlas a disposición del órgano acreditador si así se le requiere.
4. Se compromete a **comunicar inmediatamente** al órgano acreditador cualquier conflicto de intereses detectado con posterioridad a esta declaración o que surja durante el desarrollo de la actividad.
5. En caso de existir **patrocinio o apoyo económico externo**, declara que:
 - o Se ha informado de forma **clara y visible** a los participantes sobre la identidad del patrocinador y el tipo de apoyo recibido.
 - o Dicho patrocinio **no implica influencia** en los contenidos ni en la selección de los docentes.
6. Es consciente de que el incumplimiento de estas obligaciones puede dar lugar a la **denegación, suspensión o revocación de la acreditación** otorgada por el órgano competente.

Y para que conste, firma la presente en el lugar y fecha indicados.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del proveedor o representante legal

Nombre y apellidos: _____

Cargo: _____

DNI/NIE: _____

Sello de la entidad (si procede)