

DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI

(Art. 53, comma 14, D.Lgs. n. 165/2001 e Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto Marcello Bozzi, Nato [REDACTED] (AN) il 09/10/'56 – CF [REDACTED]
Residente in [REDACTED]

Professione: Dirigente Professioni Sanitarie

E-mail: [REDACTED] Telefono: 3 [REDACTED]

Istituzione di appartenenza Ente: - quiescenza

Indirizzo Ente:

IN QUALITA' DI

☒ Docente/Relatore

☐ Responsabile Scientifico

☐ Tutor

☐ Partecipante corso esterno sponsorizzato*

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

"Il nuovo contratto collettivo di lavoro 2018 Area Comparto. Formazione rivolta ai
Coordinatori di tutte le UU.OO. ospedaliere e territoriali dell'Area Vasta 3" -
Macerata 2 e 16 Dicembre 2019

Incarico nota 0118978/07/11/2019

Ancona - 25 maggio 2022

DICHIARA

*consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del
D.P.R. n. 445/2000 e dalle disposizioni di cui alle leggi speciali in materia ai sensi degli artt. 46-47
del D.P.R. n. 445/2000*

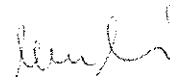
☒ **di non avere avuto** negli ultimi due anni nessun rapporto commerciale o finanziario con
soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario;

☐ **di aver avuto** negli ultimi due anni i seguenti rapporti commerciale o finanziario con soggetti/ditta
portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

-
- ✓ Dichiaro, inoltre, che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolgo in occasione di questo specifico Evento Formativo.
 - ✓ Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n.196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali" s.i.m. autorizzo il trattamento dei miei dati personali al fine dell'utilizzo dei dati stessi per fini ECM e per le finalità istituzionali, connesse o strumentali nei limiti indicati dall'informativa acquisita.
 - **Allegato: copia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità**

Ancona, 25/5/2022

FIRMA



La partecipazione di un dipendente ad un corso esterno sponsorizzato è subordinata al rispetto dell'apposita procedura, nonché all'osservanza dei principi di cui al "Codice di Comportamento" aziendale, oltre che al rilascio della presente autocertificazione

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede legale: Via Guglielmo Oberdan, 2 – 60122 Ancona C.F. e P.IVA 02175860424 sito internet: www.asur.marche.it

Area Vasta n.3

Sede Amministrativa: Via Domenico Annibaldi, 31/L - Frazione di Piediripa – 62100 Macerata – Tel. 0733/25721 – Fax 0733/2572710