

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/a FODELI PIERGIOORGIO
 Nato/a a [REDACTED] il 8.08.1957
 Codice Fiscale [REDACTED]
 Residente in [REDACTED] Cap [REDACTED] Città [REDACTED]
 Professione: PROFESSORE Disciplina: MEDICO LEGALE
 E-mail: piorgio.fodeli@univcam.it Telefono: [REDACTED]
 Istituzione di appartenenza Ente: UNIVERSITA' CAMERINO
 Indirizzo Ente: _____

IN QUALITA' DI

☒ Docente/Relatore

☐ Responsabile Scientifico

☐ Tutor

☐ Partecipante corso esterno sponsorizzato*

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

GESTIONE DIRETTA DEL CONTENZIOSO: ADDEBITI DI RESPONSABILITA' PROGRAM
Data 31/05 - 1/06/19 Luogo MACERATA
E CRITICITA' RILEVATE NELLE VALUTAZIONI MEDICO LEGALI
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

DATA E LUOGO CAMERINO 23.5.2022

FIRMA

Piorgio Fodeli

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