

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 **LUCA REGGIANI BONETTI**

Nato a [REDACTED]

Codice Fiscale [REDACTED]

Residente in [REDACTED] Cap [REDACTED] Città [REDACTED]

Professione: **MEDICO ANATOMIA PATOLOGICA** Disciplina: **ANATOMIA PATOLOGICA**

E-mail: **LUCA.REGGIANIBONETTI@UNIMORE.IT** Telefono: [REDACTED]

Istituzione di appartenenza Ente: **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA**

Indirizzo Ente: **VIA UNIVERSITA' 4 – 0592056511 (tel) – 059245156 (fax).**

IN QUALITA' DI

☐ **Docente/Relatore**

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

**"ISTO-CITOPATODIAGNOSTICA AVANZATA. UPDATE SULLA
PATOLOGIA GASTROINTESTINALE" OSPEDALE DI MACERATA, 6 E 7
SETTEMBRE 2019 – INCARICO NOTA
0089195|12/08/2019|ASURAV3|CMFORM|PD**

DICHIARA

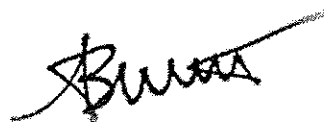
consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dalle disposizioni di cui alle leggi speciali in materia ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. n. 445/2000

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

- ✓ 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 MODENA 23 05 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 0733/257210