

**DICHIARAZIONE DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000 e s.m.i.)

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritto SEBASTIANO ALBERTO ROSSO

Nato/a a VERONA il 21/10/1979

Residente a VERONA via CONTESSA n° 12

in qualità di Docente/Responsabile Scientifico del Progetto/Evento Formativo Residenziale n° \_\_\_\_\_

Titolo PRE HOSPITAL TRAUMA CARE (P.T.C.)

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o uso di atti falsi,

richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

**DICHIARA**

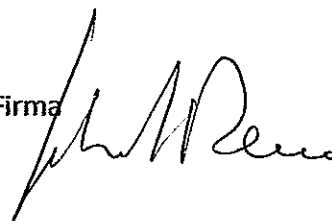
- ***l'assenza di conflitto di interesse***, ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25 del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 Novembre 2003, n° 326
- se dipendente pubblico, di aver acquisito dall'Ente di appartenenza ***la prevista autorizzazione allo svolgimento dell'attività di docenza/tutoraggio***
- di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi della normativa vigente ( Reg. UE 679/2016 e D. Lgs. 196/2003 e successive modificazioni), per le seguenti finalità:

1. Gestione delle attività di formazione secondo le linee guida regionali e/o nazionali e le disposizioni per l'accreditamento ECM
2. Pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito AV3, ai sensi del D. Lgs. n°

33/2013

Data 8-1-2020

Firma



Da restituire compilato e firmato al Servizio Formazione dell'AV3