



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 MAURIZIO DE NICOLA
 Nato/a a [REDACTED] il 19.03.1953
 Codice Fiscale [REDACTED]
 Residente in [REDACTED] Cap [REDACTED] Città [REDACTED]
 Professione: MEDICO Disciplina: RADIOLOGIA
 E-mail: [REDACTED]
 Istituzione di appartenenza Ente: OSPEDALI MUNICIPI ANCONA
 Indirizzo Ente: VIA CANCA 71 TORRETE ANCONA
☒ IN QUALITA' DI
☒ Docente/ Relatore ☐ Responsabile Scientifico
☐ Tutor ☐ Partecipante corso esterno
 sponsorizzato*

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

CONNETTA APPLICATIONS PTOA ICTUS 2019
 Data 20.06.2019 Luogo MACERATA

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 ANCONA
20.05.2019

FIRMA [Signature]

La partecipazione di un dipendente ad un corso esterno sponsorizzato 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 (CF 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 0733/2572110