

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 ARONDO PIONI
 Nato/a [REDACTED] il 23/04/1960
 Codice Fiscale [REDACTED]
 Residente in [REDACTED] Cap [REDACTED] Città [REDACTED]
 Professione: PSICOLOGO Disciplina: PSICOLOGIA
 E-mail: [REDACTED] Telefono: [REDACTED]
 Istituzione di appartenenza Ente: LIBERO PRO FESSICULTA
 Indirizzo Ente: _____

IN QUALITA' DI

☒ Docente/Relatore

☐ Responsabile Scientifico

☐ Tutor

☐ Partecipante corso esterno sponsorizzato*

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

APPROCCIO CLINICO E CON L'ANALISI DELLE VALUTAZIONI E TRATTAMENTO N°
PSICHOLOGICO SULLA PSICHIATRIA SOCIALE E CRISI EVOLUTIVE IN PSICHIATRIA
 Data 12/10/16/10/17 Luogo DA NERCO SINEPPO

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 PIACENZA 24/11/21

FIRMA

[Signature]

La presente dichiarazione è valida solo se è corredata da una copia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità, allegata alla presente dichiarazione.

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, 31A - Frazione di Piedripa - 62100 Macerata - Tel 0733/25721 - Fax 0733/257210