



## 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 Piero Ricci ALUMNI  
Nato/a a [redacted] il 26.03.1961  
Codice Fiscale [redacted]  
Residente in [redacted] Cap [redacted] Città [redacted]  
Professione: PENSIONATO Disciplina: [redacted]  
E-mail: [redacted] Telefono: [redacted]  
Istituzione di appartenenza Ente: [redacted]  
Indirizzo Ente: [redacted]

### IN QUALITA' DI

- ☒ Docente/Relatore ☐ Responsabile Scientifico  
☐ Tutor ☐ Partecipante corso esterno sponsorizzato\*

### EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

APPROCCIO IN SICUREZZA AL SOCCORSO NELLE AUTOIBRIDE O ELETTRICHE  
Data 15 DICEMBRE 2021 Luogo OSPEDALE 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.l.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 30.11.2021 PERUGIA

FIRMA [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 02175960424 sito internet: [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it)

Area Vasta n.3

Sede Amministrativa: Via Domenico Annibaldi, 31/L - Frazione di Piedinpa - 62100 Macerata - Tel. 0733/25721 - Fax 0733/2572710