

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 STEFANO CIULLI, nato a ~~San Miniato (PI)~~ il ~~06/04/1977~~, Codice Fiscale ~~02998820233~~, residente in Via ~~Costituente, n. 15~~, Cap ~~57014~~, ~~San Miniato (PI)~~, Professione: avvocato, E-mail: ~~stefano.ciulli@asur.it~~, Telefono: ~~0573/25721~~

IN QUALITA' DI

☒ [X] Docente/Relatore

☐ [] Responsabile Scientifico

☐ [] Tutor

☐ [] Partecipante corso esterno sponsorizzato*

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

LA GESTIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE DI UNA AZIENDA SANITARIA PUBBLICA

Data: 31.10.2022, Luogo: modalità webinar

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;

☒ [X] di aver avuto negli ultimi due anni i seguenti rapporti commerciale o finanziario con soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

con la società denominata CENTRO STUDI ENTI LOCALI S.P.A. (con sede legale in San Miniato, Provincia di Pisa, località Ponte a Egola, Via della Costituente, n. 15, Codice fiscale e Partita I.V.A. 02998820233) e con la società denominata CENTRO STUDI AREA SUD S.R.L. (con sede legale in Roma, Via A. Valenziani, n. 12, CAP 00187, Codice fiscale e Partita I.V.A. 14107961006), che svolgono servizi di consulenza ed assistenza prevalentemente in materia fiscale e contabile ed attività formativa per enti pubblici, comprese aziende e enti del servizio sanitario, e per società a partecipazione pubblica.

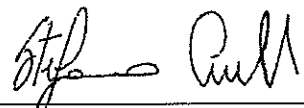
✓ Dichiaro, inoltre, che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolgo in occasione di questo specifico Evento Formativo.

✓ 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

Fucecchio (FI), 28.10.2022

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 0733/2572710