

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 ANNA MARIA PASQUALE

Nato/a a [redacted] il 12.01.1960

Codice [redacted] Fiscale [redacted]

Residente in [redacted] Cap [redacted] Città [redacted]

Professione: PRODUCT SPECIALIST Disciplina: DIALISI IN TERAPIA INTENSIVA

E-mail: [redacted] Telefono: [redacted]

Istituzione di appartenenza Ente: FRESENIUS MEDICAL CARE S.P.A

Indirizzo Ente: v. Crema 8, Palazzo Pignone (CR) ITALIA

IN QUALITA' DI

☒ Docente/Relatore

☐ Responsabile Scientifico

☐ Tutor

☐ Partecipante corso esterno sponsorizzato*

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

"Tecniche di trattamento renale sostitutivo nello shock settico"

Data 9-10 Giugno 2022 Luogo Macerata e Civitanova Marche

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:

(Sono responsabile formazione apparecchiature elettromedicali e dialisi in terapia intensiva, per Fresenius Medical Care S.p.A Italia)

☒ 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 PISTOIA 07.07.22

FIRMA [Signature]

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 Annibali, 31/L- Frazione di Piediripa - 62100 Macerata - Tel. 0733/25721 - Fax 0733/2572710