ast MACERATA MARCHE

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata

U.O.C. Formazione
Il Direttore ff Adriana Carradorini

Recapiti
Tel. 07332572772
Mail:
formazione.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

DICHIARAZIONE DIASSENZA 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 DINOTO CARMELO
Nato/a a [redacted] il [redacted]
Codice Fiscale [redacted]
Residente in [redacted] Cap [redacted] Città [redacted]
Professione: [redacted] Disciplina: MEDICINA DEL LAVORO
E-mail: [redacted] Telefono: [redacted]
Istituzione di appartenenza Ente: _____
Indirizzo Ente: _____

IN QUALITA' DI

[X] **Docente/Moderatore/Relatore** [ ] **Responsabile Scientifico**

[ ] **Tutor** (*aggiornamento facoltativo*) [ ] **Partecipante corso esterno sponsorizzato***

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

_____

Data_____ **Luogo** _____

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

[X] **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:

_____

_____

✓ Dichiara, 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** [redacted]

DATA E LUOGO _____ FIRMA [redacted]

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