

ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 - SALUTE - M6C2 - 2.2 - Sub-investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere - REGIONE MARCHE

 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 DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI DEL PERSONALE IMPEGNATO NELLA ATTUAZIONE DEI PROGETTI NELL'AMBITO DEGLI INTERVENTI A VALERE SUL PNRR MISSIONE 6 SALUTE C2 INTERVENTO 2.2 b CORSO BASE E-LEARNING MOD."A"

La/Il sottoscritto/a COTERI VINCENTO, nato a [REDACTED], il [REDACTED] residente a [REDACTED] CF [REDACTED] in qualità/nel ruolo di DOCENTE, (es. ESPERTO DI CONTENUTO/PROGETTISTA/COORDINATORE DIDATTICO/DOCENTE) nell'iniziativa formativa organizzata dal Provider AST DI MACERATA, Partita IVA e Codice Fiscale 02095680431, in attuazione dell'intervento PNRR MISSIONE 6 SALUTE C2 INTERVENTO 2.2 b CORSO BASE E-LEARNING MOD."A" - CUP J53C23000360006 - ex DGR Marche n.970 del 27_07_2022 "Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) Missione 6 salute - Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale" come modificata dalla DGR 1330 del 17/10/2022 ed ai sensi della DGR Marche 1188 del 07/08/2023.

vista la normativa relativa alle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e in piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le false dichiarazioni dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dalle disposizioni del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione (indicare denominazione dell'incarico o della carica, denominazione dell'ente, durata dell'incarico):

DENOMINAZIONE INCARICO	DENOMINAZIONE ENTE	DURATA INCARICO
/	/	/
/	/	/
/	/	/

- ☒ di NON avere avuto negli ultimi due anni nessun rapporto commerciale o finanziario con soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario;

ATTUAZIONE PNRR MISSIONE 6 - SALUTE - M6C2 - 2.2 - Sub-investimento 2.2 (b) Corso di formazione in
infezioni ospedaliere - REGIONE MARCHE

 MACERATA REGIONE 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
---	---	--

- [] di aver avuto negli ultimi due anni i seguenti rapporti commerciale o finanziario con soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario (art. 76, c.4, Accordo Stato-Regioni 2.02.2017:
 - 1. _____
 - 2. _____
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi di qualsiasi natura, anche potenziale, e di non avere direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che potrebbero rappresentare ed essere percepito come una minaccia all'imparzialità e indipendenza nel contesto della presente procedura;
- che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa chiamata a svolgere in occasione del presente Evento Formativo;
- l'impegno a non utilizzare a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio, a non divulgarle al di fuori dei casi consentiti e ad evitare situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine della AST;
- l'impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva;
- di autorizzare la pubblicazione dei presenti dati sul sito internet;
- che la presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 6-bis Legge 241/90, degli artt. 6-7 del D.P.R. 62/2013, dell'art. 53, comma 14, del Decreto legislativo 165/2001 e dell'articolo 15, comma 1, lettera c) del Decreto legislativo 33/2013.

Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizza il trattamento dei 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.

Allegare copia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data

Nominativo e Firma



