

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 **FULVIO FORNARO**

Nato

Codice Fiscale

Residente in

Professione

DISCIPLINA: MEDICINA DEL LAVORO

E-mail

Telefono

Istituzione di appartenenza Ente

Indirizzo Ente

IN QUALITA' DI

☒ **Docente/Moderatore/Relatore** ☐ **Responsabile Scientifico**

☐ **Tutor**

(aggiornamento facoltativo)

☐ **Partecipante corso esterno sponsorizzato***

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

**CONTROLLI, VIGILANZA E PREVENZIONE DEL RISCHIO DA AGENTI
FISICI, FOCUS SU I RISCHI E SULLE STRATEGIE DI PREVENZIONE NEL
SETTORE DELLE COSTRUZIONI.**

Data 22/11/2023 Luogo 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.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**



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

U.O.C. Formazione
Il Direttore ff
Dr.ssa Adriana Carradorini
Recapiti
Tel. 0733894718 - 0733257272
Mail:
formazione.AST.Mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

La partecipazione di un dipendente ad un corso esterno sponsorizzato e subordinato a rispetto dell'apposita procedura, nonché all'osservanza dei principi di cui al "Codice di Comportamento" aziendale, oltre che al rilascio della presente autocertificazione