

	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
---	---	--

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 IGNAZI FABRIZIA
 Nato/a a MACERATA il 21/05/1980
 Codice Fiscale GNZ FBR 55E01F572 Q
 Residente in MACERATA Cap 62100 Città MACERATA
 Professione PSICOLOGA Disciplina PSICOLOGIA
 E-mail: fabrizia.ignazi@comune.macerata.marche.it Telefono: 0733 3266309
 Istituzione di appartenenza Ente: ASL MACERATA
 Indirizzo Ente: _____

IN QUALITA' DI

- ☒ Docente/Moderatore/Relatore ☐ Responsabile Scientifico
☐ Tutor ☐ Partecipante corso esterno sponsorizzato*
 (aggiornamento facoltativo)

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

Data 21/10/2023 Luogo CIVITANOVA M.

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

DATA E LUOGO 21/10/2023

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