

	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 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 **NIOLETTA DELLA CHIARA**
Nato/a a **RIMINI (FO)** il **26/11/1979**
Codice Fiscale **DLLNLT79S66H294R**
Residente in **SAN GIOVANNI IN MARIGNANO (RN)** Cap **47842** Città
Professione: **OSTETRICA** Disciplina: **OSTETRICIA E GINECOLOGIA**
E-mail: **nicoletta.dellachiera@auslromagna.it** Telefono: **339.3745753**
Istituzione di appartenenza Ente: **AUSL DELLA ROMAGNA, ambito di RIMINI**
Indirizzo Ente: **VIA DE GASPERI, 8 – 48121- RAVENNA**

IN QUALITA' DI

☒ **Docente/Moderatore/Relatore**

☐ **Responsabile Scientifico**

☐ **Tutor**

(aggiornamento facoltativo)

☐ **Partecipante corso esterno sponsorizzato***

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

PARTOANALGESIA
Data 16/06/2023 Luogo 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:

- ✓ 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 17/06/2023 San Giovanni in M.N.

FIRMA Nicoletta Della Chiara

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