

	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
---	---	--

SCHEMA AUTOCERTIFICAZIONE - DATI CONTABILI

A) Dati anagrafici

Nome e Cognome **NICOLETTA DELLA CHIARA** codice fiscale **DLLNLT79S66H294R**
 Luogo e data di nascita **RIMINI (FO) 26/11/1979**
 Domicilio fiscale(indirizzo): **SAN GIOVANNI IN MARIGNANO (RN), strada vicinale CASTELVECCHIO DI SOTTO, 12 - 47842**
 Recapito telefonico: **339.3745753**
 DIPENDENTE AST MACERATA (barrare): SI **NO X**

B) (Barrare e compilare solo il caso che interessa):

☒ **Prestazione svolta come "Lavoratore dipendente"**

Ente di appartenenza **AUSL DELLA ROMAGNA, AMBITO DI RIMINI**
 con la qualifica di **COLL. PROF. SAN. OSTETRICA/O**

Autorizzato a svolgere presso questa AST MACERATA la seguente prestazione: **DOCENZA**

☒ **X 2) Prestazione occasionale** (si dichiara di **non aver superato** il limite di Euro 5000,00 per compensi percepiti, incluso il compenso del presente incarico)

☐ **2a) Prestazione occasionale** (si dichiara di **aver superato** il limite di Euro 5000,00 per compensi percepiti incluso il compenso del presente incarico e l'iscrizione alla gestione separata INPS)

Pertanto si chiede, contestualmente, che venga liquidato il compenso relativo all'attività svolta pari a Euro **70/h** lorde, con IRAP a carico dell'Ente e con rimborso delle spese vive, pari a Euro _____ di cui si allega documentazione originale.

☐ **Prestazione svolta come "Esercente arte o professione"** di _____

Partita IVA _____ con successiva presentazione di fattura.

Si dichiara altresì l'ottemperanza agli obblighi della tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 136/ 2010 e di avere accesso ad un conto corrente bancario dedicato, anche in via non esclusiva.

C) Il sottoscritto chiede l'accredito delle proprie spettanze sul c/c bancario:

IBAN: **IT 66 F 06230 68000 000056727317**

Il sottoscritto infine si impegna a comunicare variazioni eventuali dei dati di cui sopra.

Luogo San Giovanni in Marignano 17/04/2023

FIRMA Nicoletta Della Chiara

Informativa e consenso al trattamento dei dati: Ai sensi della legge 657/96 si comunica che i dati personali di cui alla presente scheda verranno utilizzati unicamente per il completamento dell'iter amministrativo relativo alla liquidazione di compensi per attività di docenza svolta da esterni nei corsi di formazione organizzati da questa ASUR AV3

☒ **accetto**

☐ **non accetto**

Firma

Nicoletta Della Chiara

	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 **NICOLETTA 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 **16/05/2023** 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 17/04/2023 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