

	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 DIASSENZA 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 Fracassi Fulvio
Nato/a a Rimini il 14/08/1967
Codice Fiscale FRCFLV67M14H294P
Residente in Via Milazzo 46 Cap 47923 Città Rimini
Professione: Medico Disciplina: Anestesia e Rianimazione
E-mail: fulvio.fracassi@auslromagna.it Telefono: 3398350538
Istituzione di appartenenza Ente: AUSL ROMAGNA, ambito di Rimini
Indirizzo Ente: Via De Gasperi 8 - 48121 - Ravenna

☒ **IN QUALITA' DI**
☒ **Docente/Moderatore/Relatore** ☐ **Responsabile Scientifico**
☐ **Tutor** ☐ **Partecipante corso esterno sponsorizzato***
 (aggiornamento facoltativo)

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

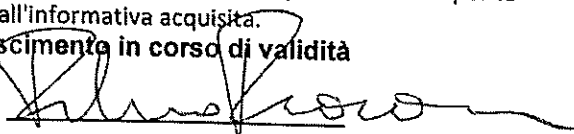
☒ **di non avere avuto** negli ultimi due anni nessun rapporto commerciale o finanziario con soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario;

☐ **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: 19/04/2023 Rimini

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