

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 BUDAY ELENA SARA
Nato a il
Codice Fiscale
Residente in Cap Città
Professione: PSICOLOGO Disciplina: PSICOTERAPEUTA
E-mail:
Istituzione di appartenenza Ente:
Indirizzo Ente:

IN QUALITÀ DI

☒ Docente/Relatore

☐ Responsabile Scientifico

☐ Tutor

☐ Partecipante corso esterno sponsorizzato*

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

SIGNIFICATI EVOLUTIVI DELLA FLUIDITÀ DI GENERE IN ADOLESCENZA
Data: 14 e 21/9/23 Luogo: online

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e delle 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 FCM 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

15/6/23

FIRMA

Elena Buday