MACERATA
MARCHE

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)

La sottoscritta __Santoiemma Patrizia__

Nata a __[redacted]__ il _[redacted]

Codice Fiscale ___[redacted]___

Residente in _[redacted] Cap_[redacted]_Città _[redacted]_____

Professione: _Infermiera_ Disciplina: _____

E-mail: _[redacted]_ Telefono: __[redacted]

Istituzione di appartenenza Ente: INRCA e in utilizzo presso l'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche dal 2018

Indirizzo Ente: ___Via della Montagnola, 81_____

IN QUALITA' DI

[x] Docente/Relatore **[ ] Responsabile Scientifico**

[ ] Tutor **[ ] Partecipante corso esterno sponsorizzato***

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

SDO. Come valorizzare l'attività del reparto attraverso la corretta codifica

Data 18,22,25,26,27 settembre 2023 e 12-13 ottobre 2023

Luogo Aule didattiche Ospedali Camerino, Civitanova e Macerata

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:

_____

_____

- ✓ Dichiara, 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 25/08/2023 ANCONA FIRMA [signature]

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