

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	Dipartimento di Prevenzione Direzione amministrativa tel 0733/823808
---	---	---

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 Silvano Santoro
 Nato/a a Torino il 30/05/78
 Codice Fiscale SNTSVN78E30L219A
 Residente in via G. Sammartin 21 Cap 15057 Città Tortona (AL)
 Professione: Comunicatore per la Salute Disciplina: Prevenzione e promozione della salute
 E-mail: silvano.santoro@dors.it Telefono: +393491931699
 Istituzione di appartenenza Ente: SS DORS, ASL TO3
 Indirizzo Ente: via Martiri XXX Aprile 30 – 10093 Collegno (TO)

IN QUALITA' DI

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

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

EPI PART PREV - STORIE D'INFORTUNIO

Data 24/05, 20/06 e 20/09 2023 Luogo P.zza Garibaldi 8, Civitanova Marche Alta

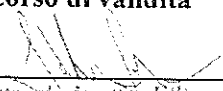
DICHIARA

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 Grugliasco 15/05/2023

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