

	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.macerata@emarche.it pec.ast.macerata@emarche.it
---	---	---

DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI

(Art. 53, comma 34, D.Lgs. n. 165/2001 e Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

MARIA CAPOREALE

I sottoscritto/a _____

Nato/a a **CHIETI** _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ Cap _____ Città _____

Professione: **INFERMIERE** _____ Disciplina: _____

E-mail: _____ Telefono: _____

Istituzione di appartenenza Ente: **AST ASCOLI PICENO** _____

VIA DEGLI IRISI, 1 63100 ASCOLI PICENO

Indirizzo Ente: _____

IN QUALITA' DI

☒ **Docente/Moderatore/Relatore** [] **Responsabile Scientifico**

[] **Tutor**

[] **Partecipante corso esterno sponsorizzato***

(aggiornamento facoltativo)

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

ACLS

Data **19/04/14** _____

Luogo **AST MACERATA** _____

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: _____

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.

Al 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 **15/04/14** _____

FIRMA _____

La partecipazione di un dipendente ad un corso esterno sponsorizzato è subordinata al rispetto della procedura, nonché all'osservanza dei principi di cui al (Codice di Comportamento) aziendale, oltre che al rilascio della presente autocertificazione