



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche

Azienda Sanitaria Territoriale  
di Macerata

U.O.C. Formazione  
Il Direttore FF  
Dr.ssa Adriana Carradorini  
Recupili  
Tel. 0733994718 - 07332532773  
Mail:  
formazione.AST.Mc@sanita.marche.it  
pec: ast.macerata@emarche.it

### 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 Piero Felherditi  
 Nato/a [redacted] il [redacted]  
 Codice Fiscale [redacted]  
 Residente in [redacted] Città [redacted]  
 Professione: [redacted] Disciplina: [redacted]  
 E-mail: [redacted] Telefono: [redacted]  
 Istituzione di appartenenza Ente: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo Ente: \_\_\_\_\_

#### IN QUALITA' DI

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

#### EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

La sofferenza psichica dei minori con fragilità reti dei servizi paese in carico  
 Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

corresponsabile 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" e 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 Macerata 13/02/2024

FIRMA [redacted]

La partecipazione di un operatore ad un corso esterno sponsorizzato è subordinata al rispetto dell'appositi protocolli, secondo gli insegnamenti dei principi di cui al "Codice di Comportamento" aziendale, oltre che al rilascio della presente autocertificazione