



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

U.O.C. Formazione
Il Direttore ff
Dr.ssa Adriana Carradorini
Recapiti
Tel. 0733894718 - 07332572772
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 VINCENZO LUCIANI
Nato/a 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: [redacted]
Indirizzo Ente: [redacted]

IN QUALITA' DI

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

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

LA SOFFERENZA PSICHICA NEI MINORI CON FRAGILITA'

Data 18.3.2024 Luogo AST MACERATA (CIVITANOVA, MACERATA, SAN SEVERINO)

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 18.3.2024

FIRMA [redacted]

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