

|                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Servizio Sanitario Nazionale<br/>Regione Marche</p> <p><b>Azienda Sanitaria Territoriale<br/>di Macerata</b></p> | <p>U.O.C. Formazione<br/><b>Il Direttore ff</b><br/><b>Dr.ssa Adriana Carradorini</b><br/>Recapiti<br/>Tel. 0733894718 - 07332572772<br/>Mail:<br/>formazione.AST.Mc@sanita.marche.it<br/>pec: ast.macerata@emarche.it</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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 ANTONIO PIGNATTO  
 Nato/a a [REDACTED] il [REDACTED]  
 Codice Fiscale [REDACTED]  
 Residente in [REDACTED] Cap [REDACTED] Città [REDACTED]  
 Professione: PSICOLOGO Disciplina: [REDACTED]  
 E-mail: [REDACTED] Telefono: [REDACTED]  
 Istituzione di appartenenza Ente: ASST RHODENSE  
 Indirizzo Ente: [REDACTED]

### IN QUALITA' DI

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

### EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

L'EFFICACIA DEL LAVORO IN TEAM

Data 15-17 Aprile 2024 Luogo 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:

- ✓ 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 [REDACTED]

FIRMA [REDACTED]

La partecipazione [REDACTED] a un corso esterno sponsorizzato è subordinata all'osservanza dei principi di cui al "Codice di Comportamento" aziendale, oltre che al rilascio della presente autocertificazione