

**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 **PEDROTTI LUISELLA**

Nato/a a **[REDACTED]** il **[REDACTED]**

Codice Fiscale **[REDACTED]**

Residente in **[REDACTED]**, Cap **[REDACTED]** Città **[REDACTED]**

Professione: medico Disciplina: ortopedia

E-mail: **[REDACTED]** Telefono: **[REDACTED]**

Istituzione di appartenenza Ente: Università degli Studi di Pavia

Indirizzo Ente: **[REDACTED]** - **[REDACTED]**

**IN QUALITA' DI**

☒ **[ X ] Docente/Relatore**

☐ **[ ] Responsabile Scientifico**

☐ **[ ] Tutor**

☐ **[ ] Partecipante corso esterno sponsorizzato\***

**EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:**

**L'arto inferiore in accrescimento: modificazioni fisiologiche e segni patologici**

**Data 25 maggio 2024 Luogo TREIA (MC)**

**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*

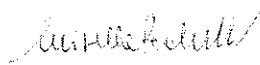
☒ **[X] di non avere avuto** negli ultimi due anni nessun rapporto commerciale o finanziario con soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario;

☐ **[ ] 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 09/08/2024 Pavia**

**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*