

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 **ROCCHI ROBERTO**

Nato/a a **MACERATA (MC)**

Codice Fiscale **ROCCHI R**

Residente in **MACERATA (MC) 5** Città **MACERATA (MC)**

Professione: **Medico** Disciplina: **Medicina**

E-mail: **roberto.rocchi@astmacerata.it** Telefono: **0733 25721**

Istituzione di appartenenza Ente: **///**

Indirizzo Ente: **///**

IN QUALITA' DI

☒ **Docente/Relatore**

☐ **Responsabile Scientifico**

☐ **Tutor**

☐ **Partecipante corso esterno sponsorizzato***

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

La prevenzione della violenza a danno degli operatori della sanità

Data: dal 23/09/2024 al 17/12/2024 (8 ore) – Luogo: Ospedale 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

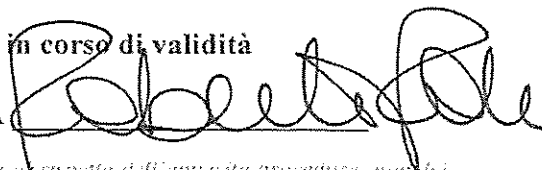
☒ **di non avere avuto** negli ultimi due anni nessun rapporto commerciale o finanziario con soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario;

☐ **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 10/08/2024 – Monte San Giusto (MC)

FIRMA



La presente dichiarazione di un dipendente del servizio esterno sponsorizzato è subordinata al rispetto dell'apposita procedura, nonché all'assunzione dei dati agli atti del "P. della gestione" aziendale, oltre che al rilascio della presente autocertificazione