MACERATA

DICHIARAZIONE DIASSENZA 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 [illegible]

Nato/a a [illegible] il [illegible]

Codice Fiscale [illegible]

Residente in [illegible] Cap [illegible] Città [illegible]

Professione: Medico Disciplina: Medico legale

E-mail: [illegible] Telefono: [illegible]

Istituzione di appartenenza Ente: USL UMBRIA 2

Indirizzo Ente: [illegible]

IN QUALITA' DI

[X] **Docente/Relatore** [ ] **Responsabile Scientifico**

[ ] **Tutor** [ ] **Partecipante corso esterno sponsorizzato***

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

Lo Manicomio ieri oggi domani

Data 28/05/24 **Luogo** MACERATA

05/06/24 **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:

_____

_____

- ✓ Dichiara, 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 28/05/24 FIRMA [signature]

[illegible]