

## 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 \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Professione: \_\_\_\_\_ Disciplina ECM: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Istituzione di appartenenza/Ente/Società: \_\_\_\_\_  
Indirizzo Ente: \_\_\_\_\_

### IN QUALITA' DI

- |                                                             |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Docente/Moderatore/Relatore</b> | <input type="checkbox"/> <b>Responsabile Scientifico</b>                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Tutor</b>                       | <input type="checkbox"/> <b>Partecipante</b> (Agg. Prof. Esterno Facoltativo sponsorizzato) |

### EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

### DICHIARA

*(consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e delle 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 (art. 76, c.4, Accordo Stato-Regioni 2.02.2017:

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_

Ecc.

- ✓ Dichiaro, inoltre, che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa chiamata a svolgere in occasione del presente Evento Formativo.
- ✓ Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizzo il trattamento dei 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.

➤ **Allegare copia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_