



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a Eleonora Beccaloni \_\_, nato/a a \_\_FIUMINATA\_\_(prov. MC\_) il 25-03-1958 residente a Rooma (prov. RM\_) in via\_Cristofano Robetta, 27\_\_ , consapevole, ai sensi dell'art 76 D.P.R. n. 445/2000 che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia

*Ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326*

DICHIARA

di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interesse così come indicato dall'art. 6 bis della legge 241/1990 e dall'art. 7 del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici in riferimento alla propria partecipazione in qualità di relatore all'Evento Formativo/Progetto Formativo Aziendale organizzato dalla Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO:

**Criteri e procedure da adottare per l'applicazione della valutazione dell'esposizione, analisi di rischio e studio epidemiologico della popolazione in siti contaminati – ruolo dell'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica**

Periodo di svolgimento: 18-19 Maggio 2018 \_\_19-20 Ottobre 2018\_\_

Il sottoscritto autorizza l'ASP , ai sensi de D.L.vo 196/03 e succ. modificazioni e integrazioni, al trattamento dei dati personali anche ai fini ECM, tra cui la pubblicazione del curriculum sul sito AGENAS e sul sito ASP così come trasmesso, l'eventualmente ruolo di responsabile scientifico, l'inserimento dati nella Banca Dati del sito ECM accessibile a **tutti gli utenti e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per il report finale.**

N.B.: OCCORRE ALLEGARE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Data 16-03-2018

Firma