

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 DR MICHELE LOPANE, nato/a
a [redacted] (prov. [redacted]) il [redacted]
residente a [redacted] (prov. [redacted]) in
via [redacted], 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:

"LE BUONE PRATICHE PER LA GESTIONE DEGLI ATTIVITÀ DI STRESS CORRELATI
NEL PROFESSIONISTI SANITARI A RIGUARDO CON LA CURA, LA PATRONANZA
E QUALITÀ DELLA PRESTAZIONE SANITARIA"

Periodo di svolgimento: 24, 23, 28, 29, 30, 31 MAGGIO 2019

Il sottoscritto autorizza, ai sensi de D.Lvo 196/03 e succ. modificazioni e integrazioni e del Reg.
Europeo 679/16 il trattamento dei dati personali anche ai fini ECM, tra cui la pubblicazione del
curriculum, ed eventualmente il ruolo di responsabile scientifico, 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 18.02.2019

Firma

