



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 Metella Dei  
nato/a a Firenze (prov. FI) il 29/5/1953 residente a  
Firenze (prov. FI) in via il Prato 67, 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

che non vi è conflitto d'interesse per la propria partecipazione in qualità di relatore all'Evento  
Formativo/Progetto Formativo Aziendale organizzato dalla Azienda Sanitaria Potenza dal

TITOLO: CONSULTORIO E SCUOLA: MEDICINA DI GENERE, METODOLOGIE DI INTERVENTO E STRUMENTI DI  
PREVENZIONE

Periodo di svolgimento: 10-11 Ottobre FOCUS SULL'EDUCAZIONE ALLA SESSUALITÀ

Il sottoscritto autorizza ai sensi della legge 675/1996 e succ. modificazioni e integrazioni. il trattamento dei  
dati personali 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 5 Luglio 2018

Firma

*Metella Dei*