



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

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

Il sottoscritto _____ CATALDI FABIO _____, nato a _____ (prov. ___) il _____ residente a _____ (prov. _____) in via _____, CF _____ 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:

___ "VALUTAZIONE E GESTIONE EVIDENCE BASED DEI PRINCIPALI DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI IN FISIOTERAPIA"

Periodo di svolgimento: _____ 20 APRILE 2019 _____

Il sottoscritto autorizza l'ASP, ai sensi de D.Lvo 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 12/02/2019

Firma