



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 MARIA CRISTINA ROTA, nato/a a
BERGAMO (prov. BG) il 4/12/1956 residente a
ROMA (prov. RM) in via GRAZIA BELESA, 100,
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:

Rischio da leptoselle - Individuazione di fattori di
rischio e delle metodiche di controllo.

Periodo di svolgimento: _____

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

Roma, 5/2/2019

Firma

Maria Cristina Rota

Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto MARIA CRISTINA ^{ROTA} nata a BERGAMO il 4/12/1956
in qualità di : (barrare l'opzione)

- docente
- moderatore
- relatore
- tutor

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18-19 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, per conto del Provider Azienda Sanitaria ASP di Potenza Id Provider 2159

dichiara che: (barrare una sola opzione)

- negli ultimi due anni non ha avuto alcun rapporto anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario;
- negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: (specificare)

Data:

Potenza, 5/2/2019

Firma

Maria Cristina Rota