



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 _____ **BUONO_GIANUARIO** _____ nato/a a
_____ **ZURIGO** _____ (prov. EE) il **19/08/1966** _____
residente a _____ **Ciampino** _____ (prov. **RM**) _____ in
via _____ **MARCANDREOLA 31M** _____, 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:

____ **LA FORMULAZIONE DEL PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO**
INDIVIDUALIZZATO MEDIANTE IL SISTEMA ICF _____

Periodo di svolgimento: _____ **16/17 APRILE 2018** _____

Il sottoscritto autorizza, ai sensi de D.Lvo 196/03 e succ. modificazioni e integrazioni, 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 15 Gennaio 2018

Firma

Gianuario Buono