



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 Alfredo ROSSI, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ alla \_\_\_\_\_), 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'articolo 6 bis della legge 241/1990 e dall'articolo 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:

***Il regolamento U.E. 625/2017 e le nuove norme per i Controlli Ufficiali – Approfondimenti normativi sui prodotti lattiero caseari tradizionali.***

Periodo di svolgimento: edizione **2019** (Ottobre- Novembre)

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

Napoli 30.01.2019

Firma

## Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto ALFREDO ROSSI, nato a \_\_\_\_\_

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 20  
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:30.01.2019

Firma

