



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 Raffaele Marrone, (prov.) il , residente a
(prov.) in via , 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 Raffaele Marrone, nato 11.12.1971 (prov. BA) il 11.02.2019
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

