



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 GIOVANNI FRANCESCO NICODEMO, [REDACTED] residente a

[REDACTED] 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:

NUOVO CODICE DEGLI APPALTI – D.LGS. 36 DEL 2023.

Periodo di svolgimento: ____28 SETTEMBRE 2023– 5 OTTOBRE 2023

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

Data 24 AGOSTO 2023

Firma

GIOVANNI FRANCESCO NICODEMO (Firmato digitalmente)

Firmato digitalmente da: Giovanni Francesco Nicodemo
Data: 24/08/2023 14:05:14