



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 LINDA BASSO, nato/a a

[redacted] (prov. [redacted]) il [redacted] residente a

[redacted] (prov. [redacted]) 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:

**Aggiornamento informatico degli applicativi delle Banche Dati Veterinarie e dei nuovi  
sistemi telematici in utilizzo alla PA.**

Periodo di svolgimento: edizione **2021** (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

data 18/09/21

Firma  
[signature]