



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

La sottoscritta, EMILIA AULICINO nata a [REDACTED] e
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:

La Comunicazione efficace per il personale di Front-Office e di Back-Office"

Periodo di svolgimento: maggio 2022

Il sottoscritto autorizza l'ASP, ai sensi de D.Lvo 196/03 e succ. modificazioni e integrazioni, al
trattamento dei dati personali anche ai fini ECM, tra cui la pubblicazione del curriculum sul sito
AGENAS e sul sito ASP così come trasmesso, l'eventualmente ruolo di responsabile scientifico,
l'inserimento dati 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.**

ALLEGO IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Potenza, 14 /04/2022