



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 Nicola Decaro nato/a a

residente a

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:

**Diarrea virale bovina: è tempo di eradicare?– Periodo di svolgimento: 08 novembre 2023**

DICHIARA DI

**ACCETTARE**

**RINUNCIARE**

il compenso previsto per l'attività di docenza di cui sopra secondo quanto previsto dalla normativa.

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.

data 11/08/2023

Firma

## Dichiarazione conflitto d'interessi

*Il sottoscritto Nicola Decaro nato a  
in qualità di : (barrare l'opzione)  
X 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;*

*X negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di  
interessi commerciali in campo sanitario: (specificare)  
Zoetis, Boehringer-Ingelheim Animal Health, Laboratorio di Analisi Veterinarie MyLav, Royal Canin*

Data: 11/08/2023

Firma

**N.B.: Occorre allegare un documento di riconoscimento.**