



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 Giovambattista Vaccaro, nato/a a Potenza (prov. PZ) il 24/06/1963 residente a Potenza (prov. PZ) in via Ateneo Lucano, 22, 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:

AGGIORNAMENTO ATTIVITA' OPERATIVA SPECIFICA DI CERTIFICA PERIODICA E OMOLOGAZIONE CON INTERRELAZIONE DIRETTA CON SOGGETTI E OMOLOGO ED ANALISI DI CASI CONCRETI
Periodo di svolgimento: 13 15 19 e 21 maggio 2025

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 27/03/2025

Firma / / /

