



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 Alessandra Noia, _____ (prov
_____ 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:

"IL PAZIENTE PSICHIATRICO AUTORE DI REATO, ADULTO
E MINORE: PERCORSI GIURIDICI, ASSISTENZIALI E RIABILITA-
TIVI"

Periodo di svolgimento: Settembre 2024

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

26.06.2024

Firma /

Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto *Alessandra Noia*

in qualità di : (barrare l'opzione)

- docente
- moderatore
- relatore
- tutor
- responsabile scientifico

ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5. del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM , 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;
- negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: (specificare)

Data:
26.06.2024

Firma leggibile