SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

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

Il sottoscritto, **GILIO Michele** nato a

il , residente a cf.

, 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 cosi 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 agli eventi formativi/Progetto Formativo Aziendale organizzati dalla Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO:

West nile fever e febbre emorragica del Congo: Inquadramento diagnostico e management clinico.
Data di svolgimento : 20.06.2024

LISTERIOSI E FEBBRE DA SALMONELLA: Inquadramento diagnostico e management clinico.

Data di svolgimento : 20.06.2024

DICHIARA DI

(X) 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.

Firma

Dichiarazione conflitto d'interessi

La sottoscritta Gilio Michele in qualità di:

- 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)

- X *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)*

_____
_____
_____

Firma

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