



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 ANNAMARIA TANZI, [REDACTED]

[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:

IL MODELLO DEL CASE MANAGEMENT IN SALUTE MENTALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE GRAVE E COMPLESSO.

Esperienze pratiche e possibile applicazione nel DSM dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Potenza

Periodo di svolgimento:

1a Edizione, 2 giornate

10.06.2024

11.06.2024

2a Edizione, 2 giornate

07.10.2024

08.10.2024

Il sottoscritto autorizza, ai sensi de D.Lvo 196/03 e succ. modificazioni e integrazioni, 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

Pavia, 28 Febbraio 2024