



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

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

La sottoscritto/a ELIA GABRIELLA, nata il  
residente a Bari, in via Matteotti, 19, 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 agli eventi formativi/Progetto Formativo Aziendale  
organizzati dalla Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO:

**Aggiornamenti sul Monkeypox**

**Del 07.11.2024**

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.

data .....

Firma



.....  
GABRIELLA ELIA  
14.10.2024  
17:41:27  
GMT+02:00

## Dichiarazione conflitto d'interessi

La sottoscritta *Gabriella Elia*, nata a  
in qualità di : (barrare l'opzione)

☒ docente

☐ moderatore

☐ relatore

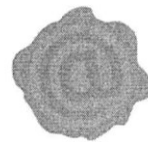
☐ tutor

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;

Data: .....

Firma .....



GABRIELLA  
ELIA  
14.10.2024  
17:41:27  
GMT+02:00

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