



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 CORRENTE MARIALaura , nat a , residente a , 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:

**Antibiotico resistenza**

**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 .11/10/2024

MARIALaura  
CORRENTE  
11.10.2024  
07:57:40  
GMT+01:00.....



### Dichiarazione conflitto d'interessi

La sottoscritta CORRENTE MARIALAURA , nat 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)*

*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)*

---

---

---

Data: 11/10/2024

Firma .....

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

MARIALAURA  
CORRENTE  
11.10.2024  
07:57:40  
GMT+01:00

