



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, EMILIA AULICINO nata a [REDACTED] e  
[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:

La Comunicazione efficace per il personale di Front-Office e di Back-Office"

Periodo di svolgimento: maggio 2022

Il sottoscritto autorizza l'ASP, ai sensi de D.Lvo 196/03 e succ. modificazioni e integrazioni, al  
trattamento dei dati personali anche ai fini ECM, tra cui la pubblicazione del curriculum sul sito  
AGENAS e sul sito ASP così come trasmesso, l'eventualmente ruolo di responsabile scientifico,  
l'inserimento dati 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.**

ALLEGO IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Potenza, 14 /04/2022