



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

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

Il/la sottoscritto/a\* OTTATI CHIARA, nato/a a

[REDACTED] (prov. [REDACTED]) il [REDACTED] residente a

[REDACTED] (prov. [REDACTED]) in via [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'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 all'Evento Formativo/Progetto Formativo Aziendale organizzato dalla  
Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO:

**Aggiornamento informatico degli applicativi delle Banche Dati Veterinarie e dei nuovi  
sistemi telematici in utilizzo alla PA.**

Periodo di svolgimento: edizione **2021** (novembre)

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.**

N.B.: OCCORRE ALLEGARE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

data 09/09/2021

Firma

Ch. Ottati

\*Per la sottoscrizione:

Firma autografa / Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93