



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 LAURA RINALDI, nata 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 all'Evento Formativo/Progetto Formativo Aziendale
organizzato dalla Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO:

Echinococcosi cistica: una zoonosi ancora attuale – data di svolgimento 05.10.2023

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 06/08/2023

Firma _____

4.....

Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto LAURA RINALDI nato 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 06/08/2023

Firma _____

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