



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 Luciana Spinelli, nato/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'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:

*Da un'assistenza ospedale-centrica alla presa in carico della persona in ambito territoriale: modelli organizzativi e competenze infermieristiche nei vari setting di cura.*

Periodo di svolgimento: *30 novembre e 1 dicembre 2023*

La sottoscritta 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 18/10/2023

Firma

## Dichiarazione conflitto d'interessi

*Il sottoscritto Luciana spinelli*

*in qualità di : (barrare l'opzione)*

- X docente*
- moderatore*
- relatore*
- tutor*
- responsabile scientifico*

*ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5.del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM , 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 18/10/2023*

*Firma leggibile*

