



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 DELLA ROTONDA MAURIZIO, nato il \_\_\_\_\_ il 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:

**D.Lvo.032/2021**

**Del 21.11.2024**

DICHIARA DI

**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 ottobre 2024

Firma

## Dichiarazione conflitto d'interessi

*Il sottoscritto Della Rotonda Maurizio nato a Napoli il 8 agosto 1960*

*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)*

*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 10 ottobre 2024*

*Firma ...*



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