



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 Grazia GRECO, 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:

TBC e PARATBC: Epidemiologia – anatomopatologia - diagnosi

data svolgimento 26.10.2023

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 03/08/2023

Firma
Prof.ssa Grazia Greco
GRAZIA
GRECO
04.08.2023
13:06:12
GMT+01:00



Dichiarazione conflitto d'interessi

La sottoscritta *Grazia Greco* 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)

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: 03/08/2023

Firma .. Prof.ssa Grazia Greco

GRAZIA
GRECO
04.08.2023
13:06:12
GMT+01:00



Allega Carta di Identità in corso di validità.