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 MILANO EMILIO, nato/a a ____________________ (prov ____) il ________ residente a ____________________ (prov ____) in via ____________________ ,

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:

AGGIORNAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE U.O.C. P.P.I.L.L. INTERCONNESSA CON L'EVOLUZIONE ORGANIZZATIVA NELL'INAIL E DEL PORTALE CIVA E LA "GESTIONE DEL RISCHIO INDUSTRIALE" AI SENSI DELLA NORMATIVA SEVESO

Periodo di svolgimento: 14 e 15 MAGGIO 2024

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 18/1/24

Firma

Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto MILANO EMILIO

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: 18/2/24

Firma leggibile