



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 \_\_\_\_\_ VINCENZO CAPUTO \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ 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'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:

**PESTE SUINA AFRICANA**

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 .....11/09/2023.....

Firma



Firmato digitalmente da:.....  
CAPUTO VINCENZO  
Firmato il 11/09/2023 14:17  
Seriale Certificato: 578095  
Valido dal 06/07/2021 al 06/07/2024  
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

## Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto VINCENZO CAPUTO 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: .....11/09/2023.....



Firma .....

Firmato digitalmente da:

CAPUTO VINCENZO

Firmato il 11/09/2023 14:17

Seriale Certificato: 578095

Valido dal 06/07/2021 al 06/07/2024

InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

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