



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 \_\_\_\_\_ FRANCESCO PLASMATI \_\_\_\_\_, 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 all'Evento Formativo/Progetto Formativo Aziendale  
organizzato dalla Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO:

- **Sanità animale a seguito Reg. UE 2016/429 e Decreto Legislativo 136/2022**
- **Nuova normativa in materia di biosicurezza degli stabilimenti zootecnici**
- **Malattia di Aujeszky: programmi di eradicazione e prospettive alla luce del Reg. UE 429/2016 e suoi regolamenti delegati**

data svolgimento 15.11.2023

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 .....4 /08/2023.....

## Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto FRANCESCO PLASMATI 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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nn

/

/

Data: .....04/08/2023...

Firma

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