



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a Martina Montagano, nato/aa

[Redacted signature box]

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:

**ALLATTARE: IL PRIMO PASSO PER PROMUOVERE SALUTE.  
STRUMENTI E STRATEGIE PER L'AMBULATORIO ALLATTAMENTO**

Periodo di svolgimento: OTTOBRE 2025

Il sottoscritto autorizza, ai sensi deD.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

06/03/25



**Dichiarazione conflitto d'interessi**

*Il sottoscritto* MARTINA MONTAGANO

*in qualità di : (barrare l'opzione)*

- 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)*

- 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:*

06/03/25

*Firma leggibile*

