Trieste, 04.04.2025

Gentile dr.ssa Antonietta Orlacchio,

in riferimento alla nota Prot. 12535 dd 04.02.2025, si precisa il mio interesse a svolgere l'attività di docenza concordata in 16 ore complessive, nelle giornate del 10 e 11 aprile 2025.

L'onorario sarà di 100€/ora più spese di viaggio, vitto e alloggio in base ai vostri parametri aziendali.

Si allega:
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione
- Dichiarazione assenza conflitto d'interessi
- Programma per le attività
- Curriculum formativo-professionale
- Codice fiscale
- Carta d'identità

Al fine di poter richiedere l'autorizzazione alla docenza alla mia Azienda, necessito di una Vostra nota di incarico ufficiale in cui siano precisate l'attività, le re complessive e il compenso lordo.

In attesa di riscontro, vi porgo cordiali saluti

Dott. Flavio Paoletti

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 PALETTI FLAVIO, nato/a a [redacted] (prov. [redacted]) il [redacted] residente a [redacted] (prov. [redacted]) in via [redacted] n. 3 CF [redacted] 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:

Elementi di criticità nella gestione dei lavoratori con problemi correlati all'uso di alcol e/o sostanze stupefacenti

Periodo di svolgimento: ~~19 MAGGIO 2023~~ 10 e 11/04/2025

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 04.02.2025

Firma

[redacted]

Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto PAOLETTI FLAVIO

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)*

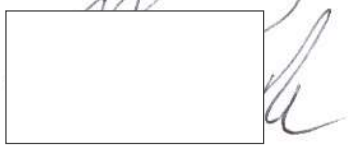
_____

_____

_____

-

-

Data: 04.02.2025

Firma leggibile