

## DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI

(Art. 53, comma 14, D.Lgs. n. 165/2001 e Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto/a Paolo

Vineis \_\_\_\_\_

Nato/a a Ancona il 10 10

1951 \_\_\_\_\_

Codice \_\_\_\_\_ Fiscale \_\_\_\_\_

UNISPE 4518101241

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Professione: professore universitario Disciplina: Sanità  
Pubblica \_\_\_\_\_

E-mail: p.vineis@imperial.ac.uk Telefono: \_\_\_\_\_

Istituzione di appartenenza Ente: Imperial College  
London \_\_\_\_\_

Indirizzo Ente: Uten Building White City Campus Imperial College London

### IN QUALITA' DI

Docente/Relatore

Responsabile Scientifico

Tutor

Partecipante corso esterno sponsorizzato\*

### EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

Canc tum 2021 – Workshop di aggiornamento sui cancerogeni occupazionali e sui tumori che ad essi conseguono - Cancerogeni"

Data 22 giugno 2021 Luogo  
Ancona

### DICHIARA

*consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dalle disposizioni di cui alle leggi speciali in materia ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. n. 445/2000*

di non avere avuto negli ultimi due anni nessun rapporto commerciale o finanziario con soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario;

di aver avuto negli ultimi due anni i seguenti rapporti commerciale o finanziario con soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

- ✓ Dichiaro, inoltre, che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolgo in occasione di questo specifico Evento Formativo.
- ✓ Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n.196/2003,"Codice in materia di protezione dei dati personali" s.i.m. autorizzo il trattamento dei miei dati personali al fine dell'utilizzo dei dati stessi per fini ECM e per le finalità istituzionali,connesse o strumentali nei limiti indicati dall'informativa acquisita.
- Allegato: copia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità



*La partecipazione di un dipendente ad un corso esterno sponsorizzato è subordinata al rispetto dell'apposita procedura, nonché all'osservanza dei principi di cui al "Codice di Comportamento" aziendale, oltre che al rilascio della presente autocertificazione*

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede legale: Via Guglielmo Oberdan, 2 – 60122 Ancona C.F. e P.IVA 02175860424 sito internet: [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it)

**Area Vasta n.3**

Sede Amministrativa: Via Domenico Annibaldi, 31/L- Frazione di Piediripa – 62100 Macerata – Tel. 0733/25721 – Fax 0733/2572710