



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata

U.O.C. FORMAZIONE
Il Direttore f.f.
Avv. Adriana Carradorini
Recapiti
Mail: formazione.av3@sanita.marche.it

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 GIUSEPPE MARIA MARIOTTI
Nato/a [REDACTED] il [REDACTED]
Codice Fiscale [REDACTED]
Residente in [REDACTED] Città [REDACTED]
Professione [REDACTED] Disciplina [REDACTED]
E-mail: [REDACTED] Telefono: [REDACTED]
Istituzione di appartenenza Ente: [REDACTED]
Indirizzo Ente: [REDACTED]

IN QUALITÀ DI

Docente/Moderatore/Relatore [] Responsabile Scientifico

[] Tutor
(aggiornamento facoltativo)

[] Partecipante corso esterno sponsorizzato*

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

CONTROLLI, VIGILANZA E PREVENZIONE DEL RISCHIO DA AGENTI BIOLOGICI

Data 12/12/2023 Luogo SEDE INAIL MACERATA

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**

DATA E LUOGO [REDACTED]

FIRMA [REDACTED]

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