



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 QUALITA' 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 BIONECC.

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