

	<p>Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche</p> <p>Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata</p>	<p>U.O.C. Formazione Il Direttore ff Adriana Carradorini</p> <p>Recapiti Tel. 07332572772 Mail: formazione_ast.mc@sanita.marche.it pec: ast.macerata@emarche.it</p>
---	---	--

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 Geraldina Maria Cristiana Gamberini
Nato/a a Rimini il 23/07/1966
Codice Fiscale GMBGLD66L63H294E
Residente in via Brighenti 31 Cap47921 Città Rimini
Professione: Dirigente Medico Disciplina: Ginecologia e Ostetricia
E-mail: geraldinamariacris.gamberini@auslromagna.it Telefono: 339/6000913
Istituzione di appartenenza Ente: AUSL ROMAGNA
Indirizzo Ente: via De Gasperi 8 – 48121 RAVENNA

IN QUALITA' DI

Docente/Moderatore/Relatore Responsabile Scientifico

Tutor Partecipante corso esterno sponsorizzato*

(aggiornamento facoltativo)

**EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:
PARTOANALGESIA
Data 16/05/2023 Luogo CIVITANOVA MARCHE**

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 Rimini, 19/04/23

FIRMA _____

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