



Autocertificazione Assenza di Conflitto di interessi

Docente/Relatore/Tutor

ASP PALERMO - ID Provider ECM Regione Sicilia n. 473 – _____ Ed. I

Evento Formativo: _____ ***Ed.*** _____ ***DATA*** _____

Luogo di svolgimento: ASP di Palermo

Data inizio attività: _____

Autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nata/o a _____
il _____ e residente a _____ in via _____ nella qualità di
docente/relatore/tutor, dell'evento formativo in oggetto realizzato dall' ASP Palermo, ai sensi dell'art. 3.3 sul
Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, per conto dell'ASP PALERMO ID
provider n. 473.

In conformità alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità penali cui
può andare incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

Dichiara

che negli ultimi due anni:

- non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:
 ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo
sanitario:

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'AGENS può utilizzare i dati contenuti nella presente
autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della pubblica amministrazione
(Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "testo unico privacy").

Si allega alla presente:

Copia documento di riconoscimento

Palermo, _____

Il Docente/Relatore/Tutor

Dr. _____