



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a AW. ANGELITA CARUOCIOLO, nato/a a
S. MARIA O.V. (prov. CE) il 31/05/67 residente a
ROTA (prov. RI) in via di V. AUREA, 100,
consapevole, ai sensi dell'art 76 D.P.R. n. 445/2000 che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni
mendaci si applicano le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia
*Ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre
2003, n. 326*

DICHIARA

che non vi è conflitto d'interesse per la propria partecipazione in qualità di relatore all'Evento
Formativo/Progetto Formativo Aziendale organizzato dalla Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO:
LA RIFORMA DEI PUBBLICI APPALTI: NUOVO CODICE, DLGS
N. 50 DEL 18 APRILE 2016 E LA DISCIPLINA AFFIDATA ALLA PRODUZIONE ANAC - TIT
Periodo di svolgimento: 29-30 SETTEMBRE 2016 - 8-9-10 NOVEMBRE 2016

Il sottoscritto autorizza, ai sensi de D.Lvo 196/03 e succ. modificazioni e integrazioni, il trattamento
dei dati personali anche ai fini ECM, tra cui la pubblicazione del curriculum, ed eventualmente il
ruolo di responsabile scientifico, nella Banca Dati del sito ECM, accessibile a **tutti gli utenti**, e la
**trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari
per il report finale.**

N.B.: OCCORRE ALLEGARE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

data

29/9/2016

Firma