

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

Il sottoscritto, **FABRIZIO RENZI**, nato a **CIVITAVECCHIA** il **01/01/1955** residente a **CIVITAVECCHIA**
in via **AGIERO SPINELLI**, 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

DICHIARA:

*Ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre
2003, n. 326*

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
(indicare anche il periodo):

Periodo di svolgimento:

Il sottoscritto autorizza ai sensi della legge 675/1996 e succ. modificazioni e integrazioni, il
trattamento dei dati personali 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

data

POTENZA 19.01.2016

Firma

