



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 ANGELO GIOVANNI IERO MAREMMANI, nato/a a PIETRASANTA (prov. LU) il 21/4/1984 residente a PIETRASANTA (prov. LU) in via G. LEOPARDI, 45,
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: DOPPIA DIAGNOSI, INTERAZIONI FARMACOLOGICHE
Periodo di svolgimento: 26/4/16 ORARI 11,30 - 13,00

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.**

N.B.: OCCORRE ALLEGARE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

data

10/3/2016

Firma

Maremmani Angelo

Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto ANGELO GIOVANNI ICRIO MAREMMANI nato a PIETRASANTA il 21/4/1984

in qualità di : (barrare l'opzione)

- ☐ docente
- ☐ moderatore
- ☒ relatore
- ☐ tutor

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009, per conto del (nome del Provider)

dichiara che: (barrare una sola opzione)

- ☒ negli ultimi due anni non ha avuto alcun rapporto anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario;
- ☐ negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: (specificare)

Data:

10/3/2016

Firma

