



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

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

Il sottoscritto Dr. MOMCILO JANKOVIC, nato a MILANO il 05/12/1952 residente a MILANO in via CASCINA MOJETTA 25, 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 Aziendale organizzato dalla Azienda Sanitaria Potenza dal titolo **Cure Palliative Pediatriche** (Periodo di svolgimento: 11-12 Febbraio 2016).

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 21.12.2015

Firma