



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 FEDERICA SCIANI, nato/a a
ROMA (prov.) il 27/01/1974 residente a
VEIRALLA (prov. VT) in via S. ANGELO, 73

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:

"BONIFICA DEL SITO CONTAMINATO: L'ANALISI DI RISCHIO SANITARIA/AMBIENTALE E LE MODIFICHE AL DLGS 152/06

Periodo di svolgimento: 5-6 MARZO 2017

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 24/01/2017

Firma

Federica Sciani