



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 ELEONORA BECCALOTTI, nato/a a
FIUMINATA (prov. NC) il 25/03/1958 residente a
ROMA (prov. RM) in via C. ROBERTA, 27,
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:
BONIFICI DEL SITO CONTAMINATI: L'ANALISI DI RISCHIO SANITARIA/AMBIENTALE
E LE MODIFICHE AL D.Lgs 152/06
Periodo di svolgimento: 5 - 6 MAGGIO 2012

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 26/01/2012

Firma