



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, Pietro Muratori **nato a Pisa** il 03-03-1977 residente a Cascina in via Pastore, 55 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:

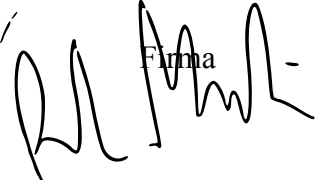
Ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326

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 *Training sul Coping Power Scuola:*

Periodo di svolgimento: *5 e 6 novembre 2015*

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
18-08-15


Firma