



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 ACHILLIS PATRIZIO COPUZZI, nato/a a
ASMARÀ (prov. _____) il 11.03.1946 residente a
MESSINO (prov. _____) in via B. BONER 76,
CF CP7 CCL 46 C17 230 @ 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

di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interesse così come indicato dall'art. 6 bis della legge
241/1990 e dall'art. 7 del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici in riferimento alla
propria partecipazione in qualità di RELATORE all'Evento Formativo/Progetto
Formativo Aziendale organizzato dalla Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO: 1155021 PERIODICITÀ
FARMACI E GOVERNABILITÀ CLINICA (FARMACO INFORMAZIONI INDIPENDENTE)

Periodo di svolgimento: 10.07.2018

Il sottoscritto autorizza l'ASP, ai sensi de D.Lvo 196/03 e succ. modificazioni e integrazioni, al
trattamento dei dati personali anche ai fini ECM, tra cui la pubblicazione del curriculum sul sito
AGENAS e sul sito ASP così come trasmesso, l'eventualmente ruolo di responsabile scientifico,
l'inserimento dati 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 10.07.18

Firma