



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 PARADISO Rocco LOVANO, nato/a a
SAN CRISTOFORO NUOVO (prov. PZ) il 6/9/1960 residente a
POTENZA (prov. PZ) in via CDA MONTECCHIO 6,
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:

Le Emergenze Ostetriche del Territorio
all'ospedale

Periodo di svolgimento: 15-5-2018

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

30/3/18

Firma

Rocco Lovano