



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 ALFREDO ROSSI, in
via Orticelli 7, 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:

**Corso di Formazione Interarea Dipartimento Prevenzione SBA
"IL SISTEMA SANZIONATORIO AMMINISTRATIVO E PENALE NEL SETTORE VETERINARIO"**

Periodo di svolgimento: **30 novembre 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

Benevento, 26/09/2018

Firma
