



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

La sottoscritta FEDERICA SCAINI, nata a Roma (prov) il 27/01/1974 residente a Vetralla (prov. VT) in via S. Angelo, 73, 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:

*Criteria e procedure da adottare per l'applicazione della valutazione dell'esposizione, analisi di rischio e studio epidemiologico della popolazione in siti contaminati – ruolo dell'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica*

Periodo di svolgimento: 18/19 maggio e 19/20 ottobre 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 16/03/2018

Firma

*Federica Scaini*