



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 MARIA MISA RICCI, nato/a a  
RONA (prov.     ) il 04/10/61 residente a  
RONA (prov.     ) in via V. CAFFI, 22,  
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:

Inferiori che legano le motivazioni di  
fedeltà di uscir, i dati ambulatori e <sup>misura di controllo</sup> ~~collegamento~~  
Periodo di svolgimento: 17/18/AGG 10 2019

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

20/02/19

Firma

MARIA MISA RICCI

### Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto MARIA LUIGIA RICCI nato a ROMA il 04/10/61  
in qualità di : (barrare l'opzione)

- docente
- moderatore
- relatore
- tutor

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18-19 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, per conto del Provider Azienda Sanitaria ASP di Potenza Id Provider 2159

dichiara che: (barrare una sola opzione)

- negli ultimi due anni non ha avuto alcun rapporto anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario;
- negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: (specificare)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data:

20/02/19

Firma

Maria Ricci