



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 CONTE CARMINE ANTONIO, nato/a a
VENOSA (prov. PZ) il 19.09.1981 residente a
VENOSA (prov. PZ) in VIA MERCATELLO, 5,
CF CNTCMN81P19L738E 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 INTERPRETE LIS all'Evento Formativo/Progetto
Formativo Aziendale organizzato dalla Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO:

Periodo di svolgimento: 14/11/2018 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

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 31/10/2018

Firma

Conte Carmine Antonio