



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 _____ DENIS PENNELLA _____, nato/a a _____
_____ (prov. _____) il _____ residente a _____
_____ (pro _____ in via _____, CF _____
_____ 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:

___ VALUTAZIONE E
GESTIONE EVIDENCE BASED DEI PRINCIPALI DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI IN
FISIOTERAPIA
Periodo di svolgimento: _____ Venosa 11.05.2019

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 15/7/19

Firma