

U.O.S.D. Qualità e Formazione
Responsabile Dott.ssa S Di Roma

Allegato: 1

MODULO DOCENTI ESTERNI

Scrivere in stampatello

CODICE EVENTO:	
TITOLO CORSO ECM:	FORMAZIONE ALL'UTILIZZO DEL SISTEMA INF. PAI
LUOGO DI SVOLGIMENTO	DIR. INF. CA AZIENDA OSP. S. GIOVANNI ADDOLORATA
DATA INIZIALE DELL'EVENTO	20/9/2019
COGNOME: CESARE	NOME: MANUELE

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o comunque non corrispondenti al vero è punito ai sensi del C.P. e delle leggi speciali in materia, in conformità a quanto stabilito dall'art. 48 comma 25, del D.L. 269/2003, convertito in Legge il 25/11/2003 n. 326

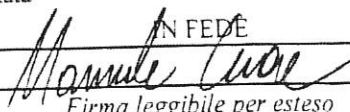
DICHIARA:

- >) di non avere interessi diretti o indiretti che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa;
 - >) che nell'ultimo biennio, non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e/o di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione- formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa.
- Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del DLgs 30/06/2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DI DIAPOSITIVE/IMMAGINI:

Autorizzo l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata ad utilizzare diapositive/immagini relative alla mia relazione presentata al congresso sopra indicato. L'utilizzo di tale materiale è da considerarsi in forma gratuita.
Con questa liberatoria l'AO San Giovanni Addolorata viene svincolata da ogni responsabilità diretta o indiretta inerente eventuali danni alla mia immagine. La presente ha validità illimitata

ROMA, 15/10/2019

IN FEDE

Firma leggibile per esteso

* DA SPECIFICARE PER MEDICI, VETERINARI, ODONTOIATRI, FARMACISTI, CHIMICI, BIOLOGI E PSICOLI

Gentile collega, ai sensi del D. Leg 196/03. La informiamo che i dati che ci fornisce saranno trattati ai soli fini del corso e della procedura ECM, ai fini del rilascio dell'attestato finale, nella piena tutela dei suoi diritti e della sua riservatezza.

I suoi dati personali saranno gestiti sia su supporto informatico che cartaceo.

N.B. TUTTI I DATI RICHIESTI DEVONO ESSERE COMPILATI OBBLIGATORIAMENTE

Formazione
Dott.ssa S Di Roma

Allegato: 1

MODULO DOCENTI ESTERNI

Scrivere in stampatello

CODICE EVENTO:	
TITOLO CORSO ECM:	FORMAZIONE ALL'UTILIZZO DEL SISTEMA PA
LUOGO DI SVOLGIMENTO	ROMA, AO S. GIOVANNI ADDOLORATA
DATA INIZIALE DELL'EVENTO	
COGNOME: CESARE	NOME: MAURO

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o comunque non corrispondenti al vero è punito ai sensi del C.P. e delle leggi speciali in materia, in conformità a quanto stabilito dall'art. 48 comma 25, del D.L. 269/2003, convertito in Legge il 25/11/2003 n. 326

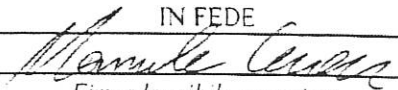
DICHIARA:

- >) di non avere interessi diretti o indiretti che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa;
 - >) che nell'ultimo biennio, non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e/o di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione- formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa.
- Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del DLgs 30.06/2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DI DIAPOSITIVE/IMMAGINI:

Autorizzo l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata ad utilizzare diapositive immagini relative alla mia relazione presentata al congresso sopra indicato. L'utilizzo di tale materiale è da considerarsi in forma gratuita. Con questa liberatoria l'AO San Giovanni Addolorata viene svincolata da ogni responsabilità diretta o indiretta inerente eventuali danni alla mia immagine. La presente ha validità illimitata

ROMA. 25/11/2019

IN FEDE

 Firma leggibile per esteso

* DA SPECIFICARE PER MEDICI, VETERINARI, ODONTOIATRI, FARMACISTI, CHIMICI, BIOLOGI E PSICOL

Gentile collega, ai sensi del D. Leg 196/03. La informiamo che i dati che ci fornisce saranno trattati ai soli fini del corso e della procedura ECM, ai fini del rilascio dell'attestato finale, nella piena tutela dei suoi diritti e della sua riservatezza. I suoi dati personali saranno gestiti sia su supporto informatico che cartaceo.

N.B. TUTTI I DATI RICHIESTI DEVONO ESSERE COMPILATI OBBLIGATORIAMENTE