

Per la P.A. ~~SPES~~

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:	CORSO DI FORMAZIONE SUL PAI
LUOGO DI SVOLGIMENTO	AZ. OSP. SAN GIOVANNI ADDOLORATA
DATA INIZIALE DELL'EVENTO	25-10-2018

COGNOME:

NOME:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)**

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:**

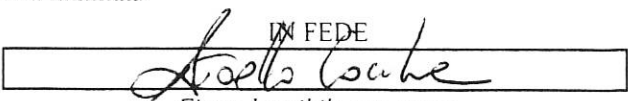
- > ) di non avere interessi diretti o indiretti che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa;
  - > ) che nell'ultimo biennio, non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e/o di strumenti o presidi sanitari tali da 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, 25-10-2018

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**