

U.O.S.D. Qualità e Formazione  
 Responsabile: Dott.ssa F. Pofi

### MODULO DOCENTI ESTERNI

Scrivere in stampatello

CODICE EVENTO:	CORSO PAI
TITOLO CORSO ECM:	
LUOGO DI SVOLGIMENTO	
DATA INIZIALE DELL'EVENTO	

COGNOME: ORTENZI

NOME: MARCO

NATO/A: [REDACTED]

IL: [REDACTED]

INDIRIZZO: [REDACTED]

CAP: [REDACTED]

CITTA': [REDACTED]

PROVINCIA: [REDACTED]

CODICE FISCALE	<u>[REDACTED]</u>
----------------	-------------------

PROFESSIONE: [REDACTED]

\* DISCIPLINA: [REDACTED]

AZIENDA: [REDACTED]

U.O.: [REDACTED]

INDIRIZZO: [REDACTED]

CAP: [REDACTED]

CITTA': [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED]

FAX: [REDACTED]

CELL. AZIENDALE: [REDACTED]

e mail: [REDACTED]

N. Iscrizione Albo Professionista: [REDACTED]

DICHIARA DI AVER SVOLTO LA LEZIONE IN DATA: [REDACTED] dalle ore [REDACTED] alle ore [REDACTED]

DATI BANCARI: CODICE IBAN [REDACTED]

#### 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,

IN FEDE

[Firma]

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