

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

MODULO DOCENTI ESTERNI

Scrivere in stampatello

| | |
|---------------------------|---|
| CODICE EVENTO: | |
| TITOLO CORSO ECM: | ENDOSCOPIA OPERATIVA VELLEVIE BILIARI |
| LUOGO DI SVOLGIMENTO | OSPEDALE S. GIOVANNI UOC GASTROENTEROL. |
| DATA INIZIALE DELL'EVENTO | 09.05.2017 |

| | |
|------------------------|-----------------------|
| COGNOME: PIZZICAMMELLA | NOME: GIOVANNI |
| NATO/A: [REDACTED] | IL: [REDACTED] |
| INDIRIZZO: [REDACTED] | CAP: [REDACTED] |
| CITTA': [REDACTED] | PROVINCIA: [REDACTED] |

CODICE FISCALE: [REDACTED]

| | |
|-------------------------|--|
| 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 Professionale: [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

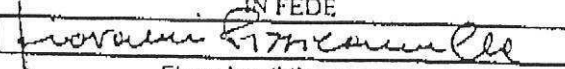
DICHIARA:

- > 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, 27.09.2017

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