

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

[Modulo da sottoscrivere da parte del personale afferente al provider secondo quanto indicato dalla DGR 2201/2014 - par. 3.9]

Ai sensi del paragrafo 3.3 sul conflitto di interessi, allegato n. 2 dell'Accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012 e della vigente disciplina regionale in materia, il/la sottoscritto/a

LIBERALE MONICA

NON PER PUBBLICAZIONE

(prov.) UDINE

NON PER PUBBLICAZIONE

prov. UD CAP) 33057

sotto la propria responsabilità e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci comunque non corrispondenti al vero è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, in conformità a quanto stabilito dall'art. 48, comma 25, del D.L. n. 269/2003 convertito nella L. n. 326/2003, nella qualità di:

Componente del Comitato Scientifico

DICHIARO

l'assenza di conflitto di interessi relativamente alle attività di progettazione, organizzazione, erogazione e valutazione degli eventi formativi in quanto:

- non sono portatore di interessi diretti o indiretti di natura finanziaria miei o di terzi (coniuge, parenti ed affini fino al secondo grado) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità;
- non ho avuto, nell'ultimo biennio, rapporti con aziende farmaceutiche e/o di strumenti o presidi sanitari o altri soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità.

la presenza di conflitto di interessi (specificare)

DICHIARO, ALTRESÌ DI:

- autorizzare l'inserimento del mio curriculum formativo e professionale nel database regionale ECM, consentendone l'uso ai soli sensi e per gli effetti connessi alle finalità previste;**
- di impegnarmi a comunicare qualsiasi cambiamento intervenuto rispetto alle dichiarazioni sopra rese.**
- essere informato, ai sensi del D. Lgs. 196/03, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

IL/LA DICHIARANTE
(Firma leggibile per esteso)(1)

Monica Liberale

Autentica della firma

Attesto che il/la dichiarante, identificato/a in base a _____ rilasciato da _____
_____ il _____ ha reso e sottoscritto in mia presenza la
su estesa dichiarazione.

Luogo e data _____ L' Incaricato _____

Oppure, in luogo dell'autentica di firma, allegare fotocopia di valido documento d'identità.

1) Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (così come modificato dal D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82) le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi di amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o a mezzo posta.

Regione FVG	Modulo: Dichiarazione sul conflitto di interessi da parte del personale afferente al provider
05.10.2015	Versione n. 1
	Approvato da Comitato di Garanzia

INFORMATIVA

art. 13 D.Lgs 196 d.d. 30/6/2003

"Codice in materia di protezione dei dati personali"

Informazione: i dati forniti con la presente scheda saranno trattati per le finalità strettamente connesse alla attività formativa ed ai fini istituzionali.

Titolare del trattamento: in relazione ai dati personali forniti o acquisiti in relazione ai corsi di formazione interna che la riguardano, il titolare del relativo trattamento è la Regione Friuli Venezia Giulia - Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia con sede in Riva Nazario Sauro, 8 Trieste, nella persona del Direttore Centrale *pro tempore*.

Finalità del trattamento: la raccolta ed il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzata alla attività formativa, per la consegna di attestati di frequenza e per l'emissione della documentazione contabile prevista *ex lege* e per l'effettuazione dei controlli da parte degli organismi a ciò deputati.

Modalità del trattamento: il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato con l'ausilio di strumenti cartacei e/o elettronici e/o informatici e telematici, anche attraverso il sistema informativo elettronico sanitario regionale (SISR), con le modalità necessarie al perseguimento delle finalità e prestazioni sopra indicate e in modo da garantire la tutela della riservatezza e del segreto professionale e l'utilizzo, in banche dati, da parte del solo personale incaricato, ed eventualmente da parte di strutture esterne, incaricate a svolgere specifici servizi ed operazioni necessari per l'effettuazione delle attività istituzionali.

Conferimento dei dati e del consenso: il conferimento dei dati, il consenso e l'acquisizione degli stessi ha natura obbligatoria, ai fini dell'erogazione del servizio formativo, anche in tempi diversi.

Comunicazione dei dati: la comunicazione dei dati è limitata a quelli strettamente necessari ad effettuare gli adempimenti di competenza previsti dalla normativa vigente ed il trattamento avviene nel rispetto dei principi di necessità ed indispensabilità.

Diritti dell'interessato: l'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 ed in particolare può accedere ai propri dati, chiedere la modifica, l'aggiornamento o la cancellazione. In tali casi dovrà farne esplicita richiesta scritta alla Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia. Può inoltre ottenere l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, degli estremi del titolare e dei responsabili del trattamento, dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati.

Luogo e data

12.02.25

IL DICHIARANTE
(Firma leggibile per esteso)

