

DICHIARAZIONE DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000 e s.m.i.)

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto SILQUINI SABRINA

Nato/a a [REDACTED] S. 3. 81

Residente a [REDACTED]

in qualità di Docente/Responsabile Scientifico del Progetto/Evento Formativo Residenziale n°

Titolo ATROFIA MUSCOLARE SPINALE MALI DIAGNOSI alla PRESA IN CURA

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o uso di atti falsi,

richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

DICHIARA

- **l'assenza di conflitto di interesse**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25 del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 Novembre 2003, n° 326
- se dipendente pubblico, di aver acquisito dall'Ente di appartenenza **la prevista autorizzazione allo svolgimento dell'attività di docenza/tutoraggio**
- di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi della normativa vigente (Reg. UE 679/2016 e D. Lgs. 196/2003 e successive modificazioni), per le seguenti finalità:
 1. Gestione delle attività di formazione secondo le linee guida regionali e/o nazionali e le disposizioni per l'accREDITAMENTO ECM
 2. Pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito AV3, ai sensi del D. Lgs. n° 33/2013

Data 13.01.2020

Firma



Da restituire compilato e firmato al Servizio Formazione dell'AV3