

DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI

(Art. 53, comma 14, D.Lgs. n. 165/2001 e Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto/a Claudio CALABRESI
Nato/a [redacted] il 9/11/1947
Codice fiscale [redacted]
Residente in [redacted]
Professione: medico chirurgo Disciplina: medicina del lavoro e legale
E-mail: [redacted] Telefono: [redacted]
Istituzione di appartenenza Ente: pensionato e libero prof.
Indirizzo Ente: [redacted]

IN QUALITA' D

Docente/Moderatore/Relatore | Responsabile Scientifico
 Tutor | Partecipante corso esterno sponsorizzato*
(aggiornamento facoltativo)

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

"Epidemiologia, partecipazione e prevenzione per la sicurezza e salute dei lavoratori"
Data 26/10/2021 Luogo Civitanova Marche

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dalle disposizioni di cui alle leggi speciali in materia ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. n. 445/2000

di non avere avuto negli ultimi due anni nessun rapporto commerciale o finanziario con soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario;

di aver avuto negli ultimi due anni i seguenti rapporti commerciale o finanziario con soggetti/ditta portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

- Dichiaro, inoltre, che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolgo in occasione di questo specifico Evento Formativo.
- Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n.196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali" s.i.m. autorizzo il trattamento dei miei dati personali al fine dell'utilizzo dei dati stessi per fini ECM e per le finalità istituzionali, connesse o strumentali nei limiti indicati dall'informativa acquisita.
- Allegato: cop' a del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità

DATA E LUOGO 15/10/2021

FIRMA [redacted]