



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 DAVIDE COMAZZI
Nato/a a NOVARA il 19/07/74
Codice Fiscale [REDACTED]
Residente in [REDACTED] Cap 20143 Città : MILANO
Professione: PSICOTERAPEUTA Disciplina: PSICOLOGIA
E-mail: [REDACTED] Telefono: 3 [REDACTED]
Istituzione di appartenenza Ente: MUNOTAURO
Indirizzo Ente: VIA OMBONI 4 MILANO

IN QUALITA' DI

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

EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

Covid 19 e impatto sull'utenza. Preadolescenza e adolescenza, strutturazione di condotte problematiche e dipendenza. Possibilità di intervento.

Data 27/9/22 Luogo [REDACTED]

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: copia del documento di identità o di riconoscimento in corso di validità

DATA E LUOGO 19/9/22

FIRMA [REDACTED]

La partecipazione di un dipendente ad un corso esterno sponsorizzato è subordinata al rispetto dell'apposita procedura, nonché all'osservanza dei principi di cui al "Codice di Comportamento" aziendale, oltre che al rilascio della presente autocertificazione

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede legale: Via Guglielmo Oberdan, 2 - 60122 Ancona C.F. e P.IVA 02175860424 sito Internet: www.asu.marche.it
Area Vasta n.3

Sede Amministrativa: Via Domenico Annibaldi, 31/L - Frazione di Piediipa - 62100 Macerata - Tel. 0733/25721 - Fax 0733/257210