



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche  
Azienda Sanitaria Territoriale  
di Macerata

U.O.C. Formazione  
Il Direttore ff  
Dr.ssa Adriana Carradorini  
Recapiti  
Tel. 0733894718 - 0733257272  
Mail:  
formazione.AST.Mc@sanita.marche.it  
pec: ast.macerata@emarche.it

## 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 EMANUELE MEDKI  
Nato/a a [REDACTED] il [REDACTED]  
Codice Fiscale [REDACTED]  
Residente in [REDACTED] Cap 62025 Città [REDACTED]  
Professione: [REDACTED] Disciplina: [REDACTED]  
E-mail: [REDACTED] Telefono: [REDACTED]  
Istituzione di appartenenza Ente: [REDACTED]  
Indirizzo Ente: \_\_\_\_\_

### IN QUALITA' DI

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

### EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

ALFONDO NAZIONALE PER L'ACQUISIZIONE ED IL RINNOVAMENTO DELLE COMPETENZE A 11001  
Data 1-VII/23-IX/30 IX/2023 Luogo CANTINA, MASSERA (AN) - FISSIMACI (-)

### 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 MACERATA, 20.VI.23

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*

