REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
Burlo Garofolo di Trieste

DIREZIONE GENERALE
CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE
tel.+390403785206
e-mail: segreteria.formazione@burlo.trieste.it
pec: OIBurloTS.protgen@certsanita.fvg.it
34137 Trieste, via dell'Istria 65/1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

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

[*Dichiarazione sul conflitto di interessi da parte del docente e/o altre figure*]

Ai sensi del paragrafo 3.3 sul conflitto di interessi, allegato n. 2.3.3 dell'Accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012 e della vigente disciplina regionale in materia,
il/la sottoscritto/a Simone Longo
nato/a (*comune*) (*prov.*)
il e residente a (*via/piazza, numero civico, comune, prov., CAP*)

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:

☐ responsabile scientifico ☒ docente ☐ docente sostituto ☐ tutor
nell'evento formativo codice **IRCBG_22011 "Prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze - Rischio Elevato - Corso per addetti antincendio in attività a rischio di incendio elevato"** organizzato dal provider I.R.C.C.S materno infantile Burlo Garofolo di Trieste.

DICHIARO

☒ **di non avere relazioni di coniugio o assimilate (ad es convivenza more uxorio), parentela o affinità sino al secondo grado, con direttori di vertice (direttore generale, scientifico, amministrativo, sanitario, di dipartimento) o componenti di organi e/od organismi istituzionali dell'IRCCS Burlo Garofolo.**

☐ **la presenza di conflitto di interessi** (In caso di assenza di conflitto non compilare ma solo firmare) **relativamente alle docenze/relazioni/attività da me tenute nell'evento formativo indicato, in quanto ho avuto negli ultimi 2 anni, con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario, i seguenti rapporti:**

1
2
3
4

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

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 .....
Il funzionario 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.