

 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 **Veronique Santarossa**

nato/a (comune): _____ (prov.) _____

il/la _____; residente a (via/piazza, numero civico, comune, prov., CAP) _____

Il sottoscritto/a, 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_22051 "Protezione dell'allattamento - Percorso formativo degli operatori dedicati in Friuli Venezia Giulia"**
 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/LLA 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. 36 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.

Regione FVG	Modulo: Dichiarazione sul conflitto di interessi da parte del docente e/o altre figure	
05.10.2015	Versione n. 1	Approvata dal Comitato di Garanzia

Direzione Generale
 Struttura competente: Centro Attività Formative
 Responsabile: Dott.ssa Cinzia Decorti
 Responsabile del Procedimento/Procedura: Sig.ra Adriana Versa
 Responsabile dell'Istruttoria: Sig.ra Adriana Versa
 • tel: +390403785206
 • e-mail: segreteria.formazione@burlo.trieste.it