

 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 Francesca Marin

nato/a (comune) \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

il Q \_\_\_\_\_ 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\_22064 "Un comitato etico per la pratica clinica dedicato all'area materno-infantile e della donna: senso, funzioni, metodi"**  
 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)<sup>(1)</sup>



**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  
**Il funzionario incaricato**

**Luogo e data** .....

**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.

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

Rev. 4 del 28\_04\_21

Incarico docenti esterni

mod\_CAF\_0728\_04