

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 **Alessandro Manfredi**

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

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_22105_ "Dalla cartella clinica alla denuncia di reato: obblighi compilativi del professionista sanitario e profili di responsabilità"**, 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

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. _____
Il funzionario incaricato

Luoگو e data _____

Oppure, in luogo dell'autentica di firma, allegare fotocopia di valido documento d'identità.

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.

Accertato che, ai sensi della normativa vigente, si è provveduto a richiedere al RSC/docente/ tutor del corso **22105_ "Dalla cartella clinica alla denuncia di reato: obblighi compilativi del professionista sanitario e profili di responsabilità"** di presentare un curriculum vitae, dalla lettura del quale e dalle dichiarazioni rese dal professionista, non emergono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in capo al medesimo relativamente allo svolgimento dell'incarico sopra _____

Il Responsabile
Ost. IV
Ostetricia
BURLO

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: dott.ssa Aleksandra Wernik

Responsabile dell'Istruttoria: dott.ssa Aleksandra Wernik

• tel: +390403785206

• e-mail: segreteria.formazione@burlo.trieste.it

Rev. 4 del 28_04_21

Incarico docenti esterni

mod_CAF_0728_04