

**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 **Matteo Balestrieri**, nato/a (comune) \_\_\_\_\_ (prov.)<sup>1</sup> 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\_23054 "Potenziamento della rete regionale per i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: implementazione di modelli innovativi di riabilitazione, di formazione e supporto tra pari"** 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, non 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  
estesa dichiarazione

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Il funzionario incaricato** \_\_\_\_\_

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. È 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 IRCBG 23054 "Potenziamento della rete regionale per i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: implementazione di modelli innovativi di riabilitazione, di formazione e supporto tra pari" 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 di cui sopra.

**Il Responsabile del Centro Attività Formative**  
Dott.ssa **Catia Pagnutti**

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: **Ufficio Formazione**  
Responsabile: **Dott.ssa Catia Pagnutti**  
Responsabile del Procedimento/Procedura: **Dott.ssa Aleksandra Wernik**  
Responsabile dell'Istruttoria: **Dott.ssa Aleksandra Wernik**

• tel: +390403785206  
• e-mail: [segreteria.formazione@burlo.trieste.it](mailto:segreteria.formazione@burlo.trieste.it)

Rev. 5 del 03\_10\_22

**Incarico docenti esterni**

**mod\_CAF\_0728\_06**