

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico
Burlo Garofolo di Trieste

DIREZIONE GENERALE
CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE
tel. 0431/35328 e
e-mail: segreteria.formazione@burlo-garofolo.it
pec: OCBurlo75@pec.burlo-garofolo.it
34137 Trieste, via dell'Unità del 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)

Al sensi del paragrafo 3.3 sul conflitto di interessi, allegato n. 2.3 dell'Accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012 e della vigente disciplina normativa in materia, il/la sottoscritt/a **Grazia Caporlingua** prov. **TR** nata/a **19/01/1975** in **Trieste**, alla data **10/03/2018** ha dichiarato quanto segue:

Il/la sottoscritt/a non ha alcun rapporto di natura economica, patrimoniale, familiare o di altro tipo con i soggetti di cui all'art. 46, 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_23039 "La gestione delle agende delle prestazioni specialistiche: Implementazione della competenza degli operatori", organizzato dal provider I.R.C.C.S. Istituto Burlo Garofolo di Trieste.

DICHIARO

☒ di non avere relazioni di coniugio o assunzione (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/o organismi istituzionali dell'IRCCS Burlo Garofolo.

☐ la presenza di conflitto di interessi (in caso di assenza di conflitto non compilare ma solo limitare) relativamente alla docenza/relazione/attività da me tenuta 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

Autografo che rileva dichiarazione, notificabile in base a _____ Autenticata dalla firma _____ rilasciata da _____
esigete dichiarazione _____ ha reso e sottoscritto in mia presenza la su _____
Luogo e data _____ Il funzionario incaricato _____

Oppure, in luogo dell'autentica di firma, allegare fotocopia di valido documento d'identità.
Al sensi dell'art. 30 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (con la modifica del 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 indirettamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica e a mezzo posta.

Accertato che, al sensi della normativa vigente, si è provveduto a richiedere al RSCM/Burlo Garofolo l'invio del corso IRCBG_23039 "La gestione delle agende delle prestazioni specialistiche: implementazione delle competenze degli operatori" di presentare un curriculum vitae dalla lettura del quale a 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 corso è: **Federica**

Regione FVG
03/10/2018

Modulo: Dichiarazione sul conflitto di interessi da parte
Versione n. 1 | Aggiornata dal Comitato di Garanzia

Direttore Generale
Sindaco
Responsabile: **Dott. ssa Carla Pignatelli**
Responsabile del Procedimento (Provveduto): **Dr. ssa Adriana Vito**
Responsabile dell'istruttoria: **Dr. ssa Adriana Vito**
e-mail: **segreteria@burlo-garofolo.it**
Rn. 5 del 03.10.23

Incarico docenti esterni

mod_CAF_0728_06