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 Raffaella Pin nato/a (*comune*) (*prov.*) il 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 ☐ moderatore

nell'evento formativo codice **IRCBG_24063 "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/LA DICHIARANTE
(firma digitale o per esteso)

Autentica della firma

Attesto che il/la dichiarante, identificato/a tramite ..... rilascio/ha rilasciato la/le sottoscritta in mia presenza la suesteso 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. 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 notizieare il RSO/docente/tutor del corso IRCBG_**24063 "Protezione dell'allattamento - Percorso formativo degli operatori dedicati in Friuli Venezia Giulia"** di presentare un curriculum vitae, dalla lettura del quale o 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
(firma digitale o per esteso)

Direzione Generale
Struttura competente: Centro Attività Formative
Responsabile: *Dott.ssa Catia Pignatti*
Responsabile del Procedimento/Procedura: *Sig.ra Adriana Verso*
Responsabile dell'Istruttoria: *Sig.ra Adriana Verso*
tel: +39040 3785206
e-mail: [illegible]