

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Burlo Garofolo di Trieste	DIREZIONE GENERALE CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE tel. +39040785206 e-mail: segreteria.formazione@burlo.trieste.it per CUBO/TS segreteria@tsi.it 34137 Trieste, via de' Riforma 65/1
---	--

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. n. 446 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. 2.3.3 dell'Accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012 e della vigente disciplina regionale in materia, il/la sottoscritto/a Eleonora Tappi nat/a (comune) 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 IRCSG_23108 "Maxiemergenze & Pediatria", organizzato dal provider I.R.C.C.S. materno infantile Burlo Garofolo di Trieste.

DICHIARO

☒ di non avere relazioni di coniugio e ancelite (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 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!)

Autenticità della firma

Attesto che l/la dichiarante, identificata in base a _____, ha reso o sottoscritto la mia presenza la su
 espose dichiarazione

L'atto è stato _____ Il funzionario incaricato

Oppure, in luogo dell'autenticità di firma, allegare fotocopia di valido documento d'identità.
 Ai sensi dell'art. 48 D.P.R. 446 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 di servizi di pubblica utilità sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte o 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.
 Appare che, ai sensi della normativa vigente, si è provveduto a richiedere al RSC/docente/tutor del corso IRCSG_23108 "Maxiemergenze & Pediatria" di presentare un curriculum vitae, dalla lettura del quale e delle dichiarazioni rese dal professionista, non emergono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in capo al medesimo relativamente allo svolgimento dell'attività di cui sopra.

Il Responsabile del Centro Attività Formative

Regione FVG	Modulo Dichiarazione sul conflitto di interessi
09.10.2015	Versione n. 1

Direzione Generale
 Struttura complessiva Centro Attività Formative
 Responsabile: Dott.ssa Carla Pagani
 Responsabile del Procedimento/Procedura: Sig.ra Adriana Verzè
 Responsabile dell'Istruzione: Sig.ra Adriana Verzè
 tel. +39040785206
 e-mail: segreteria.formazione@burlo.trieste.it

Rev. 7 del 09_08_2013

Inservibile allegati e firmati

mod_CAF_0728_07