

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

[Modulo da sottoscrivere da parte del Legale rappresentante o delegato del Provider]

Ai sensi della vigente disciplina nazionale e regionale in materia,

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a (comune) \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a (Via, 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 legale rappresentante del provider

\_\_\_\_\_ :

### DICHIARO

**l'assenza di conflitto di interessi, in quanto :**

- non sono portatore di interessi diretti o indiretti di natura finanziaria miei o di terzi (coniuge, parenti ed affini fino al secondo grado) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità;
- non ho avuto, nell'ultimo biennio, rapporti con aziende farmaceutiche e/o di strumenti o presidi sanitari o altri soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità.

**la presenza di conflitto di interessi (specificare)**

- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;

### DICHIARO, ALTRESÌ DI:

- aver chiesto ed ottenuto analoga dichiarazione sul conflitto di interessi da parte dei miei delegati, dei componenti degli organi direttivi e dei responsabili nelle attività di progettazione, organizzazione, erogazione e valutazione degli eventi formativi nonché loro parenti ed affini fino al 2° grado;
- essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- impegnarmi a comunicare qualsiasi cambiamento intervenuto rispetto alle dichiarazioni sopra rese.

IL/LA DICHIARANTE

(Firma leggibile per esteso) (1)

\_\_\_\_\_

#### 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.

L'incaricato

Luogo e data \_\_\_\_\_

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

(1) 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.