DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto

nato a **il**

residente a **Via** **n.**

Codice fiscale

in qualità di Responsabile Scientifico del seguente evento formativo

che si terrà a **nei giorni**

DICHIARA

Ai sensi dell'art.48, comma 25 del D.L. 30 settembre 2003 n. 269, convertito in legge 25 Novembre 2003 n. 326, che l'attività professionale e scientifica svolta nell'ambito dell'evento citato non configura in alcun caso conflitto d'interessi e che non ha interesse o cariche in aziende con interessi commerciali nel settore della sanità da almeno due anni

(compresi i parenti ed affini fino al 2° grado)**.**

In fede

DATA **FIRMA**

In base alla normativa vigente sul trattamento dei dati personali, autorizzo la Asl Benevento all'utilizzo dei miei dati per tutte le operazioni e le comunicazioni relative ai corsi di formazione e di aggiornamento organizzati dall'Ente.

Si ☐ No ☐

Firma