



Allegato 2 –

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà'

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____ provincia
_____ via _____ CAP _____

e-mail/tel. _____ Codice Fiscale _____

Struttura di appartenenza _____

professione _____

disciplina _____ in qualità di:

 Partecipante Relatore Moderatore

Dell'evento formativo dal titolo:

che si terrà a _____ nei giorni _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia:

DICHIARA

 assenza conflitto di interessi in quanto non sussistono con lo sponsor rapporti finanziari, personali o familiari, attività pagate o impegni recanti reciproco vantaggio

Data _____

Firma _____

In base alla normativa vigente sul trattamento dei dati personali, autorizzo l'Azienda Ospedaliero-Universitaria all'utilizzo dei miei dati (D. Lgs. 101/2018) *Si* *No*

Firma: _____