REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO
Burlo Garofolo di Trieste
BURLO

DIREZIONE GENERALE
CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE
tel.+390403785206
e-mail: segreteria.formazione@burlo.trieste.it
pec: OIBurloTS.protgen@icertsanita.fvg.it
34137 Trieste, via dell'Istria 65/1

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 Michael Valentini
nato/a (*comune*), (*prov.*)
il residente a (*via/piazza, numero civico, comune, prov., CAP*),
Trieste
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 nell'evento formativo codice **IRCBG_22130 "Infezioni correlate all'assistenza: excursus sulle blood infection, UTI e VAP"**, 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

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

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 richiedere al RSC/docente/ tutor del corso IRCBG_ 22130 "Infezioni correlate all'assistenza: excursus sulle blood infection, UTI e VAP" di presentare un curriculum vitae, dalla lettura del quale e 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 Respor ative

BURLO Ostetrica M