

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**S.S. FORMAZIONE****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

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

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 \_\_\_\_\_ 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:

responsabile scientifico     docente     tutor     moderatore     docente sostituto     relatore

nell'evento formativo codice \_\_\_\_\_

titolo \_\_\_\_\_

organizzato dal provider:  
Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

**DICHIARO**

- l'assenza di conflitto di interessi ai sensi e per gli effetti degli artt. 5, 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 per quanto compatibili
- la presenza di conflitto di interessi 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 \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE  
(Firma leggibile per esteso)

.....

**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.

**Il funzionario 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.

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**INFORMATIVA****art. 13 D. Lgs 196 d.d. 30/6/2003****"Codice in materia di protezione dei dati personali"**

**Informazione:** i dati forniti con la presente scheda saranno trattati per le finalità strettamente connesse alla attività formativa ed ai fini istituzionali.

**Titolare del trattamento:** in relazione ai dati personali forniti o acquisiti in relazione ai corsi di formazione interna che la riguardano, il titolare del relativo trattamento è l'ASFO con sede in via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone, nella persona del Direttore Generale *pro tempore*.

**Finalità del trattamento:** la raccolta ed il trattamento dei Suoi dati personali, ivi compreso il curriculum formativo e professionale, è finalizzata alla attività formativa, per la consegna di attestati di frequenza e per l'emissione della documentazione contabile prevista *ex lege* e per l'effettuazione dei controlli da parte degli organismi a ciò deputati.

**Modalità del trattamento:** il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato con l'ausilio di strumenti cartacei e/o elettronici e/o informatici e telematici, anche attraverso il sistema informativo elettronico sanitario regionale (SISR), con le modalità necessarie al perseguimento delle finalità e prestazioni sopra indicate e in modo da garantire la tutela della riservatezza e del segreto professionale e l'utilizzo, in banche dati, da parte del solo personale incaricato, ed eventualmente da parte di strutture esterne, incaricate a svolgere specifici servizi ed operazioni necessari per l'effettuazione delle attività istituzionali.

**Conferimento dei dati e del consenso:** il conferimento dei dati, il consenso e l'acquisizione degli stessi ha natura obbligatoria, ai fini dell'erogazione del servizio formativo, anche in tempi diversi.

**Comunicazione dei dati:** la comunicazione dei dati è limitata a quelli strettamente necessari ad effettuare gli adempimenti di competenza previsti dalla normativa vigente ed il trattamento avviene nel rispetto dei principi di necessità ed indispensabilità.

**Diritti dell'interessato:** l'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003 ed in particolare può accedere ai propri dati, chiedere la modifica, l'aggiornamento o la cancellazione. In tali casi dovrà farne esplicita richiesta scritta al Responsabile della S.S. Formazione.

Può inoltre ottenere l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, degli estremi del titolare e dei responsabili del trattamento, dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati. Per l'esercizio di tali diritti e/o per ogni ulteriore informazione, la S.V. potrà in qualsiasi momento farne esplicita richiesta al Responsabile del trattamento.

Data .....

IL DICHIARANTE

.....  
(Firma leggibile per esteso)