

Al Responsabile
U.O.S. Formazione
Azienda Sanitaria Provinciale
ENNA

Oggetto: Dichiarazione trasparenza fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali e di assenza conflitto di interesse.

Il Sottoscritto Dr./Sig. SILVA PUZZA nato a _____
il _____, con la qualifica
di _____, C.F. _____.

in qualità di moderatore, relatore, formatore, tutor, docente, responsabile scientifico del Corso
INTEGRATIONE SPEDAGIO E TERRITORIO - ASSISTENZA OSTETRICA
IN AUTONOMIA ALLA GRAVIDANZA E PARTO A BASSO RISCHIO (BRP)
che si svolgerà presso l'ASP di Enna nell'anno 2022 ai sensi dell'art. 3.3 sul
Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre
2009, per conto dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

DICHIARA

che ha avuto negli ultimi due anni rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: (specificare quali)

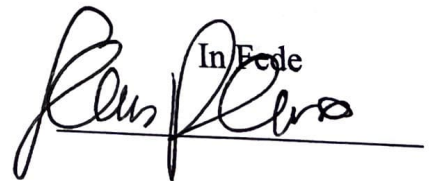
.....
.....
.....

che non ha avuto negli ultimi due anni rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario;

DICHIARA INOLTRE

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi della vigente normativa;
- di avere preso visione del Codice di Comportamento dell'ASP di Enna pubblicato sul sito aziendale asp.enna.it inserito in Prevenzione della Corruzione e si impegna all'osservanza dello stesso,
- sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000 che i dati sopra riportati sono veritieri e allega alla presente copia fronte retro di un documento d'identità in corso di validità.

Data 11/07/2022

In Fede


Azienda Sanitaria Provinciale Enna
Unità Operativa Formazione
c/o ex P.O. Umberto I° via Trieste - 94100 Enna Tel. 0935 516925 Fax 0935 516910