

Autocertificazione per docenza al Corso FAD:

Titolo: Ambulatorio Territoriale e le classi di priorità di emergenza, Urgenza e Brevità.

Data inizio: 22 MAGGIO 2020

Data fine: 22 MAGGIO 2020

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.) (data)
codice fiscale _____ residente a _____ (_____)
(luogo) (prov.)
in Via _____ n. _____ CAP _____
(indirizzo)

Docente/Tutor al Corso in oggetto, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, 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 della IDEAS GROUP srl

dichiara

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in camposanitario:

- _____
- _____

che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in camposanitario

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Tutti i dati rilasciati verranno raccolti e trattati da Ideas Group srl, in qualità di Titolare, nel rispetto del Regolamento 679/2016. I dati non saranno comunicati a soggetti terzi ad eccezione di istituti bancari, società di recapito corrispondenza, aziende da noi incaricate per la gestione del convegno, nonché alla segreteria scientifica e/o al comitato organizzatore del convegno ed eventualmente ad Agenas ai fini ECM.

Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per il solo fine delle attività connesse a questo evento:

Accetto

In fede,

Firma leggibile

Città, _____ data _____