



AZIENDA SANITARIA LOCALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a TANYA BORGESSE, nato/a a
POLISTENA (prov. RC) il 10/08/88 residente a
POLISTENA (prov. RC) in via LE ITALIA n° 42,
consapevole, ai sensi dell'art 76 D.P.R. n. 445/2000 che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni
mendaci si applicano le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia
*Ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre
2003, n. 326*

DICHIARA

di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interesse così come indicato dall'art. 6 bis della legge
241/1990 e dall'art. 7 del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici in riferimento alla
propria partecipazione in qualità di relatore all'Evento Formativo/Progetto Formativo Aziendale
organizzato dalla Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO:

ALLERTA AUTISMO DALLA CLINICA ALLA RICERCA

Periodo di svolgimento: 7 LUGLIO 2018

Il sottoscritto autorizza l'ASP, ai sensi de D.Lvo 196/03 e succ. modificazioni e integrazioni, al
trattamento dei dati personali anche ai fini ECM, tra cui la pubblicazione del curriculum sul sito
AGENAS e sul sito ASP così come trasmesso, l'eventualmente ruolo di responsabile scientifico,
l'inserimento dati nella Banca Dati del sito ECM accessibile a **tutti gli utenti e la trasmissione alla
Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per il report
finale.**

N.B.: OCCORRE ALLEGARE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

data 8/06/18

Firma
Tanya Borgese