



## SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

Iscritta al n. 55 del Registro regionale delle Persone Giuridiche Private tenuto presso la Regione Lazio  
Certificata ISO 9001: 2015 N. 11749/04/S

### AUTO CERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO INTERESSI \*

(Ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto Dott/Prof. ..... nato a: ..... il .....

Insegnante nell'ambito dell'Evento ECM dal titolo:

..... che si terrà il .....

presso la struttura: .....

indirizzo: .....

#### DICHIARA

- Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 48, comma 25, del D.L. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326,
- consapevole della responsabilità penale cui potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art. 4 della legge 4/1/68 n. 15 e successive modificazioni,

che l'attività professionale e scientifica svolta nell'ambito dell'evento citato non configura in alcun caso *Conflitto di interessi*.

*Il/la sottoscritto/a autorizza espressamente, ai sensi del D.L. 196/2003, il trattamento dei propri dati personali, e la comunicazione degli stessi al Ministero della Salute nella misura necessaria per l'adempimento di specifici obblighi derivanti dall'attività didattica. Autorizza inoltre l'Ordine ad utilizzare i predetti dati che saranno impiegati a fini istituzionali e nel caso di effettiva necessità*

In Fede

---

\* L'assenza del Conflitto d'interessi nella formazione ECM è la condizione necessaria affinché il giudizio professionale, per la sua natura improntato alla deontologia e finalizzato alla tutela della salute dell'individuo, NON può essere influenzato da interessi secondari sia essi economici, personali o di altra natura.

Data, .....