



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Modello di autorizzazione

Spett.le Azienda _____

e p.c. dott. _____

U. O. G.R.U.

Oggetto: autorizzazione partecipazione evento formativo del _____
presso _____

Vista la richiesta presentata dall'azienda _____
di autorizzazione alla partecipazione di n. ____ dipendenti all'evento in oggetto;

Indicazione fornita dal Direttore della Struttura:

Nominativo e qualifica dipendente/i individuati:

Timbro e firma del Responsabile/Direttore Struttura che autorizza la partecipazione

_____;

dichiarazione di insussistenza del conflitto di interesse:

Il sottoscritto _____ in relazione alla partecipazione del suddetto evento,
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni
mendaci, ai sensi degli artt. 19,46 e 47 del D.P.R. 28.12.200, n. 445 e s.m.i.,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna situazione di conflitto di interesse, per come declinata dal regolamento
aziendale che disciplina la partecipazione alle manifestazioni congressuali ed eventi formativi
sponsorizzati da privati.

Data _____

Firma

Vista l'indicazione fornita dal Direttore della struttura;

Vista la dichiarazione di insussistenza del conflitto di interesse resa dal dipendente;

AUTORIZZA

La partecipazione all'evento in oggetto

**Il Direttore Generale
Dott. Giuseppe Perri**