

All' Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM  
Via Montescaglioso  
75100 - MATERA

**Oggetto: Incarico di docenza corso di formazione.**

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI**  
(ai sensi dell'art.53 comma 14 del d.lgs.165/2001)

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa DAVIDE FERRAZZI, per il conferimento dell'incarico della docenza al "Corso Teorico Pratico: Drenaggio Toracico" presso il Presidio Ospedaliero di Matera, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARO**

l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente con l'Azienda Sanitaria Locale di Matera;

Dichiaro inoltre di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del GDPR 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente al procedimento per il quale la presente dichiarazione va resa.

Acconsento al trattamento dei dati personali e alla pubblicazione sul sito istituzionale della ASM di Matera del curriculum professionale da me fornito.

Matera 23.03/2022

\_\_\_\_\_