# Carta intestata del Provider

**Dichiarazione sostitutiva di atto notorio**

*(ai sensi e nel rispetto degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e nella consapevolezza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000).*

# DICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI PER OGNI EVENTO

La/Il sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante o suo Delegato per l’ECM del Provider ID n. \_\_\_\_\_ (nome Provider) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in riferimento all’organizzazione dell’evento formativo ID\_\_\_\_ dal titolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi dell’art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n 445, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n 445.

**DICHIARA**

*ai sensi dell’Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017 con cui il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno approvato il documento "La formazione continua nel settore Salute", unitamente all'allegato "criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM", e del Manuale nazionale di accreditamento per l’erogazione di eventi ECM.*

1. che le attività di ECM dell’evento sono svolte (effettuare la scelta):

□ senza la collaborazione di partner;

□ con la collaborazione di …………………………………………………… (inserire la lista dei partner) e che il/i partner (ossia i soggetti che partecipano, insieme al provider, all’organizzazione e alla gestione di eventi formativi in virtù di appositi accordi) non versa/non versano in alcuna delle condizioni previste dall’art. 45, comma 3 dell’Accordo del 2 febbraio 2017 con cui il Governo, le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno approvato il documento “la Formazione Continua nel settore Salute”;

b) che l’individuazione del Responsabile scientifico, l’organizzazione dell’evento, l’erogazione dei contenuti scientifici e la responsabilità dell’evento sono riconducibili al provider.

Luogo, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante o

o suo Delegato per l’ECM

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_