Carta Intestata del Provider

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO RELATIVA ALL’ ESCLUSIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI PER L’OGGETTO SOCIALE PER LA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO**

*(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 formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000).*

**ATTENZIONE**

**La presente dichiarazione dovrà essere redatta e debitamente firmata e trasmessa unitamente alla documentazione allegata all’atto della richiesta di accreditamento in qualità di Provider qualora nell’oggetto sociale dell’atto costitutivo e/o dello statuto compaia la seguente o analoga clausola di stile (a titolo esemplificativo): “*la società potrà, infine, svolgere tutte le operazioni immobiliari, mobiliari, commerciali, pubblicitarie, industriali, finanziarie e creditizie dirette al conseguimento dell’oggetto sociale*”.**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante

del Provider regionale ECM ID \_\_\_\_\_ denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ai sensi di quanto previsto dall’Accordo tra il Governo e le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante “La formazione continua nel settore salute” approvato in data 2 febbraio 2017, recepito con DGR n. 1344 del 22 agosto 2017.*

**Dichiara**

che nell’ organizzazione e gestione diretta e indiretta del sottoscritto Provider[[1]](#footnote-1):

a) il/la (nome del provider/ragione sociale), in vista del compimento di ogni attività annessa e connessa con l’oggetto sociale, non svolge attività immobiliari, mobiliari, commerciali, pubblicitarie, industriali, finanziarie e creditizie di prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici dispositivi medici, dietetici ed alimenti per l’infanzia;

b) che gli eventuali partner (ossia i soggetti giuridici non accreditati che collaborano per la realizzazione dell’evento offrendo un supporto formativo- scientifico, informatico o operativo etc.. per la realizzazione dell’evento) legati al/alla nome del provider/ragione sociale, in vista del compimento di ogni attività annessa e connessa con l’oggetto sociale, non svolgono attività immobiliari, mobiliari, commerciali, pubblicitarie, industriali, finanziarie e creditizie di prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici dispositivi medici, dietetici ed alimenti per l’infanzia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data* |  | *Il Legale Rappresentante* |
| *\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_* |  | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

1. Se già accreditato provvisoriamente aggiungere: “numero id.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, accreditato provvisoriamente con provvedimento n \_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.” [↑](#footnote-ref-1)