



DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE e INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome): Michela Mineccia

Codice Fiscale: MNCMHL71S48L219L

in qualità di (indicare quale ruolo/i):

- ☐ Responsabile Scientifico
☒ Docente/Relatore/Moderatore
☐ Tutor

dell'evento formativo organizzato ed erogato dall'ASLBI dal titolo:

Chirurgia robotica digestiva. Sfide e opportunità.

che si terrà il giorno **20 novembre 2025**, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del D.L. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n.326

1) l'assenza di conflitto di interessi con soggetti portatori di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dall'attività di Responsabile Scientifico, Docente/Relatore/Moderatore o Tutor nel settore ECM e di non essere soggetto portatore di interessi commerciali propri o di terzi in ambito sanitario;

☒ Sì ☐ No

Se No, specificare:

.....
.....
.....
.....

2) che gli eventuali interessi e/o rapporti di natura finanziaria e lavorativa - quali consulenza, possesso di azioni, onorati (attività pagate regolarmente o impegni recenti un reciproco vantaggio), perizie retribuite, licenze, ecc. - intrattenuti negli ultimi due anni con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario, non sono tali da permettere a tali soggetti di influenzare le funzioni attuali sopra indicate e trarne vantaggio;

3) di acconsentire al trattamento dei dati personali e alla conservazione del curriculum professionale ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679.

Data 2/11/25

FIRMA

