



Al **Direttore Generale**  
**ASL ROMA2**

**AUTORIZZAZIONE DI PARTECIPAZIONE**

**A CORSI E CONGRESSI CON IL CONTRIBUTO ALLA SPESA DI AZIENDE O ENTI DIVERSI**

**Comunicazione UOC Formazione prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Direttore Area/Dipartimento/UOC \_\_\_\_\_

dichiara di individuare ed autorizzare il/la

Dr.ssa/Dr./Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

quale figura professionale idonea alla partecipazione

all'evento formativo \_\_\_\_\_

organizzato con il contributo alla spesa a carico di \_\_\_\_\_

in qualità di  discente  relatore  organizzatore

Roma, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Il Direttore Dipartimento/UOC (timbro e firma)**

*Il professionista individuato ed autorizzato, che firma in calce per accettazione, dichiara che, consapevole delle responsabilità penali ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci come stabilito dall'art.76 D.P.R. n.445/200 e s.m.i., non sussistono conflitti di interesse rispetto all'evento sponsorizzato e non esistono impedimenti per quanto riguarda l'art.4 del Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni (D.P.R. n. 62/2013 a norma dell'art. 54 D.lgs n. 165/2001).*

*Consapevole che le richieste pervenute in difformità a quanto previsto dal regolamento aziendale di cui alla deliberazione n°835/2017 e/o pervenute non saranno autorizzate*

**DICHIARA INOLTRE**

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

- 1) *Che, nell'esercizio delle funzioni su indicate, non sarà in alcun modo oggetto di interessi commerciali propri o di terzi.*
- 2) *Che gli eventuali rapporti avuti negli ultimi anni con soggetti portatori di interessi commerciali non sono tali da permettere a tali soggetti di influenzare le funzioni attuali sopra indicate e trarne vantaggio.*

Roma, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Per Accettazione \_\_\_\_\_