

Il sottoscritto FRUPPO DI CARLO

in qualità di  moderatore  relatore  formatore  tutor  docente

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, per conto del Provider IFO

**DICHIARO**

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti, anche di finanziamento, con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

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

Dichiaro inoltre, ai sensi delle norme vigenti,

- che non vi saranno pubblicità nei confronti dei prodotti nel portfolio dello sponsor e che sono consapevole che questa accettazione limita per due anni la mia presenza in comitati tecnici e commissioni gara per la categoria merceologica in cui insiste lo sponsor.
- Di essere a conoscenza delle sanzioni penali stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data

25/01/2023

Firma

fruppo di carlo

Al Responsabile della Formazione

Il sottoscritto FRANCO DI CARO Nato a PIAZZA ARABIA 02/04/1957  
Codice Fiscale DRFRPP57A02G589P Residente a LECORANO  
Via/Piazza R. POLO N. 12 cap 30025 tel. n. \_\_\_\_\_ cell. n. 333 2714250  
e-mail \_\_\_\_\_

Iscritto  Albo  Ordine FDOP N. Iscrizione 13564 Provincia TE

titolare di Partita IVA individuale (persona fisica) \_\_\_\_\_

Persona Giuridica denominazione \_\_\_\_\_

Sede Legale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

DICHIARA di accettare l'incarico didattico per:

Durata \_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_

Rinuncia al compenso previsto

In ottemperanza del Codice Etico della Formazione, di non essere coniuge, il convivente, il parente e l'affine, del Responsabile della Formazione o di un componente della Direzione Strategica o delle Direzioni Scientifiche o delle Direzioni Dipartimentali interessate all'evento formativo.

- Titolo di studio: LAUREA MAGISTRALE  
(indicare il più elevato. Es. laurea, scuola di specializzazione, dottorato di ricerca, ecc)

- Descrizione titolo di studio: SCIENZE INFORMATICHE E CN (es: scienze giuridiche, economia aziendale, ecc.)

- Cittadinanza: ITA (e per i soli cittadini extracomunitari)

- Data richiesta permesso di soggiorno: \_\_\_\_\_ - Scadenza permesso di soggiorno: \_\_\_\_\_

- Motivo permesso di soggiorno: \_\_\_\_\_  
(sono considerati solo permessi di soggiorno rilasciati per la causale lavoro)

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, alla comunicazione e alla diffusione in Italia e all'estero dei propri dati personali da degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, ai sensi di quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 e successive integrazioni. Il sottoscritto autorizza inoltre a pubblicare, negli allegati alla determina di incarico, anche i documenti con la firma autografa eventualmente presente.

Allega:

- curriculum vitae et studiorum in formato europeo
- per i soli cittadini extracomunitari copia del permesso di soggiorno.

Luogo e data Roma

Firma \_\_\_\_\_

