



**A cura del Direttore Dipartimento o U.O.C.**

Preg.mo sig. Direttore Sanitario  
Azienda Ospedaliero-Universitaria  
“Policlinico Riuniti” di Foggia  
[segreteriaads@ospedaliriunitifoggia.it](mailto:segreteriaads@ospedaliriunitifoggia.it)

**OGGETTO: segnalazione partecipante/i ad iniziative di aggiornamento professionale con oneri a carico di terzi.**

In riscontro all’offerta della società .....  
Relativamente all’iniziativa/evento/corso .....  
Che si svolgerà dal .....al.....

**SI COMUNICA**

Che parteciperà il medico/i – il sanitario – personale – di seguito indicato/i i quali dichiarano, rilasciando apposita attestazione, di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi con la Società ospitante:

Partecipante/i [nome e qualifica]

.....  
.....

**In relazione a quanto proposto, il sottoscritto .....**

**In qualità di Direttore di Dipartimento /U.O.C. dichiara che:**

- l’assenza del partecipante/i non pregiudica la funzionalità del servizio né la regolare fruizione delle ferie;
- l’iniziativa formativa è coerente con gli obiettivi formativi aziendali e consente altresì l’acquisizione di specifiche competenze a valore aggiunto.

**Si allega copia della proposta dello Sponsor e copia del programma relativo all’iniziativa/evento e l’attestazione di insussistenza di conflitto di interessi acquisita dal partecipante/i**

Inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti con il presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Foggia lì \_\_\_\_\_

Direttore di Dipartimento/S.C. \_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)

**A cura della DIREZIONE SANITARIA**

- Si esprime parere FAVOREVOLE
- Si esprime parere NON FAVOREVOLE

Foggia lì \_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario \_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)