

ACCETTAZIONE INCARICO
Componente Comitato Scientifico del Provider ECM OPI Trento

Il/La sottoscritto/a MARCO IOPPI nato/a a [REDACTED] (Prov. [REDACTED])
il [REDACTED] residente a [REDACTED] via [REDACTED]
C.A.P. [REDACTED] tel. [REDACTED] / [REDACTED] cell. [REDACTED] / [REDACTED]
e-mail [REDACTED]

IN QUALITÀ DI COMPONENTE COMITATO SCIENTIFICO
ENTE OPI

dichiara:

- di essere disponibile a svolgere l'attività affidata
- di aver preso visione del codice di comportamento (disponibile al seguente link https://opi.tn.it/wp-content/uploads/2019/08/136_CODICE_COMP_DIP_IPASVI_COLL_PROV.pdf)
- di essere stato/a autorizzato/a ad effettuare l'attività dal proprio Responsabile o Ente;
- di attenersi allo svolgimento dell'attività come da accordi

L'attività deve essere eseguita personalmente senza avvalersi di sostituti

- ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, per conto dell'OPI di Trento dichiara che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

- _____
- _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto il testo completo dell'informativa privacy disponibile al seguente link <http://opi.tn.it/privacy-policy-per-fornitori-ed-altri-soggetti/> e in particolare di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, 21-09-2021

Firma [REDACTED]