



**ALLEGATO F**

**Al Responsabile  
U.O.S. Formazione  
Azienda Sanitaria Provinciale  
ENNA**

**Oggetto:** Dichiarazione sostitutiva di assenza di conflitto di interesse con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario e dei dati relativi allo svolgimento di incarichi (rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 26 Dicembre 2000 n. 445).

Il Sottoscritto Dr./Sig. SIMONA GUARINO nato a [redacted]  
il [redacted] residente a [redacted] in [redacted]  
con la qualifica di PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA in qualità  
di moderatore, relatore, (formatore) tutor, docente, responsabile scientifico del Corso  
L'OSSERVAZIONE PSICOLOGICA CLINICA IN PEDIATRIA che si svolgerà presso l'ASP di Enna nell'anno  
2024/2027 ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi dell'Accordo Stato-Regione del 2  
febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale Nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.,  
per conto dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna,

**DICHIARA**

**1) che negli ultimi due anni:**

ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: (specificare quali)

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

(i sopraelencati rapporti non sono tali da permettere ai suddetti soggetti di influenzare le funzioni attuali sopra indicate e trarne vantaggio);

non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.

2) che presso enti diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

- non svolge incarichi;
- svolge i seguenti incarichi:

- non è titolare di cariche;
- ricopre le seguenti cariche:

- non svolge attività professionali;
- svolge le seguenti attività professionali:

3) di avere preso visione del Codice di Comportamento dell'ASP di Enna pubblicato sul sito aziendale asp.enna.it inserito in Prevenzione della Corruzione e si impegna all'osservanza dello stesso;

4) di essere informato che il curriculum vitae e il compenso relativo all'incarico saranno pubblicati unitamente al presente modulo sul site web dell'Asp, sezione Amministrazione Trasparente, come previsto dal D. Lgs. n. 33/2013;

4) sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000 che i dati sopra riportati sono veritieri e allega alla presente copia fronte retro di un documento d'identità in corso di validità.

Data 30-09-2021

In Fede

