

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) \_\_\_\_\_ (prov.)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) (indirizzo)  
in qualità di \_\_\_\_\_  
(ruolo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiera e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

- che gli obiettivi dell'iniziativa sono coerenti con gli obiettivi ed i valori generali dell'ASL Napoli 3 Sud (rif. Atto Aziendale scaricabile sito web);
- assenza di conflitti d'interesse fra soggetto/ente promotore e la missione dell'ASLNapoli 3 Sud;
- che l'evento non è promosso da partiti, movimenti politici e organizzazioni sindacali né ha carattere commerciale a scopo di lucro;
- che l'evento è gratuito ed è pubblico, o con accesso libero, a prenotazione aperta alle generalità dei cittadini o di specifiche categorie di cittadini;
- che sono presenti sponsor (indicare i nominativi) \_\_\_\_\_

- che i fondi sono destinati a \_\_\_\_\_

**PER LE RICHIESTE RELATIVE AD INIZIATIVE FORMATIVE**

- che si è in possesso dell'autorizzazione AIFA ai sensi dell'art. 124 del D. Lgs. n. 219/2006;
- che nello svolgimento dell'iniziativa verranno rispettate le prescrizioni, i divieti e i limiti previsti dalla legge per quanto riguarda la pubblicità, l'esposizione, la distribuzione di campioni di medicinali e dispositivi medici;
- che l'iniziativa rispetta ogni altra prescrizione di legge, linea guida e/o codice etico di associazioni rappresentative di aziende farmaceutiche o produttrici di dispositivi medici.

(luogo, data)

**Il Dichiarante**

.....  
Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione, sottoscritta dall'interessato è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore