



**DICHIARAZIONI
PER CONFERIMENTO INCARICO
ACCETTAZIONE DI INCARICO**

CODICE:
086/Mod/20/Rev.001

OGGETTO: Informativa di conferimento incarico corso residenziale “Monitoraggio assistenziale: aspetti giuridici, epidemiologici e intelligenza artificiale” (ECM 53014). prot. n. 71991 del 18.11.2025

Il sottoscritto, _____ Fulvio Ricceri _____, in qualità di:

- ☒ Responsabile Scientifico
☐ Docente/Tutor

comunica di accettare l'incarico di docenza per il corso di formazione in oggetto e, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e false attestazioni,

DICHIARA

- che non sussistono situazioni, anche potenziali, di incompatibilità e conflitto di interesse, con l'incarico in oggetto;
- che, presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione (*come definiti ai sensi dell'art. 1 co.2 lett. d) del D.lgs. n. 39/2013*):

- ☐ non svolge incarichi (*cfr. art. 1 co. 2 lett. e) D.Lgs. n. 39/2013*)
- ☒ svolge i seguenti incarichi Vice-direttore alla ricerca, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli studi di Torino, Presidente del corso di LM in Scienze Riabilitative
- ☐ non è titolare di cariche (*cfr. art. 1 co.2 lett. e) D.lgs. n. 39/2013*)
- ☐ ricopre le seguenti cariche _____
- ☐ non svolge attività professionale;
- ☒ svolge le seguenti attività professionali Professore di II fascia, Università degli Studi di Torino

- che, ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM, negli ultimi due anni:

- ☒ non ha avuto rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario
- ☐ ha avuto i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario _____

- che è consapevole di dover dichiarare ad apertura del proprio intervento durante il corso in oggetto la declaratoria di eventuali rapporti di collaborazione con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario avuti negli ultimi due anni.

- di essere informato che:

- la presente dichiarazione sarà pubblicata, insieme al curriculum vitae e all'indicazione del compenso percepito, sul sito web dell'A.S.L. NO, sezione Amministrazione Trasparente, come previsto dal d.Lgs 33/2013, art. 15, comma 1 e dalla delibera Civit. 50/2013;
- i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Orbassano (TO) _____, 25/11/2025
luogo _____ data _____

Il Dichiarante

(firma per esteso e in forma leggibile)