
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3	AUTOCERTIFICAZIONE Assenza di Conflitto di Interesse	FORM.PERS Rev.4-20/05/2021 MOD.4	 REGIONE LAZIO
---	---	--	---

AUTOCERTIFICAZIONE Assenza di Conflitto di Interesse
 (ai sensi art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Oggetto: Partecipazione in qualità di docente

Del seguente evento formativo: Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale

luogo di svolgimento ASL ROMA 3 data di inizio : date da calendario didattico triennale regionale

Il/La sottoscritto/a NARDONE MANIA ROSARIA

Nato/a a [redacted] prov. F il [redacted]

Residente a [redacted]

Email: ROSARIANARDONE@YAHOO.IT

TEL. [redacted] CELL [redacted]

codice fiscale*:

N	R	D	M	R	S	6	5	R	5	8	E	0	3	4	π
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o comunque non corrispondenti al vero è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, in conformità a quanto stabilito dall'art. 48 comma 25, del D.L. 269/2003, convertito in Legge 25/11/2003 n.326.

DICHIARA

ai sensi dell'art.3.3 su Conflitto di Interesse, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione 19 aprile 2012 per conto del Provider Asl Roma 3

- di non avere interessi diretti o indiretti (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'Attività Formativa;
- che nell'ultimo biennio, non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'Attività Formativa (2)

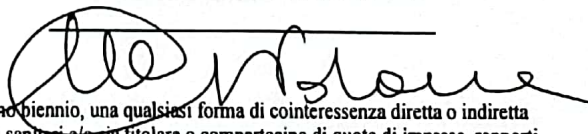
Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede

Luogo e data

Rome, 21.05.24

FIRMA LEGGIBILE PER ESTESO



(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o partecipante di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente /relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N.

(2) Possono considerarsi esclusi esperti in presidi e attrezzature già acquistate (o di cui si abbia vinto l'appalto) dall' Organizzatore di formazione al momento della presentazione dell'attività formativa nel sistema di accreditamento. E' ammessa la presentazione anche a mezzo posta.

Tale nota 2 è obbligatoria per la pubblica amministrazione, per i gestori e gli esercenti dei pubblici servizi (art. 38 DPR 445 del 28 dicembre 2000). Le dichiarazioni devono essere raccolte e custodite presso l'Organizzatore di Formazione, per 5 anni, in caso di eventuali controlli e verifiche.

Curriculum Vitae

INFORMAZIONI PERSONALI

COGNOME E NOME

Nardone Maria Rosaria

Indirizzo abitazione

Comune abitazione

ROMA

Provincia abitazione

CAP abitazione

00100

E-mail

MNardone@scamilloforlanini.rm.it rosarianardone@yahoo.it

C/o Ufficio

OSPEDALE s. CAMILLO_FORLANINI

Indirizzo ufficio

C.ne Gianicolense 87

Comune ufficio

Roma

Provincia

RM

ufficio

Telefono ufficio

06 4784111

Fax

ufficio

Luogo e data di nascita

00100 15/08/1975

Codice Fiscale

NRDMRS65R58C034T

Partita IVA

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da - a)

1 agosto 2008

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini
Circonvallazione Gianicolense, 87 Roma
UOC Diabetologia

• Tipo di azienda o settore

Azienda Ospedaliera

• Tipo di impiego

Tempo Indeterminato

• Principali mansioni e responsabilità

Dirigente Medico I livello

ESPERIENZA LAVORATIVA

Da 17 luglio 2006-31 luglio 2008

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

Ospedale "S. Giovanni Evangelista" Tivoli (RM)
Struttura Operativa Dipartimentale di Diabetologia

• Tipo di azienda o settore

Azienda Ospedaliera

• Tipo di impiego

Tempo indeterminato

• Principali mansioni e responsabilità

Dirigente Medico I livello

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da - a)

2005-2006

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

Ospedale "S. Pertini"
Via Monti Tiburtini, Roma

• Tipo di azienda o settore

ASL RM B

• Tipo di impiego

Sostituto Specialista Ambulatoriale (SUMAI)

• Principali mansioni e responsabilità

SUMAI

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da - a)

1 agosto 2001 al 31 luglio 2003

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

INRCA, Roma Via Cassia 1116, 00189 Roma
UOC Diabetologia

• Tipo di azienda o settore

Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico (IRCCS)

• Tipo di impiego

Contratto libero professionale (Atto n° 421 del 2 luglio 2001 ed atto n° 359 del 25 giugno 2002)

• Principali mansioni e responsabilità

Dirigente Medico I livello

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da - a)

GENNAIO 2001 A LUGLIO 2001

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

Istituto Nazionale di Ricerca e Cure dell'Anziano, INRCA, Via Cassia 1116, 00189 Roma
UOC Diabetologia

• Tipo di azienda o settore

Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico, IRCCS

- Tipo di impiego

Contratto di Ricerca per "Finalizzata del Ministero della Sanità: "Progetto Epidemiologia Diabete Informatica" (Atto n° 215 del 27.03.2000). Responsabile scientifico: Dott. Sergio Di Pietro

- Principali mansioni e responsabilità

Dirigente Medico I livello

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da - a)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
 - Qualifica conseguita
 - Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

AA 1995-1999

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio

Specialista in Endocrinologia e Malattie del Ricambio (voto 70/70 e lode)

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da - a)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
 - Qualifica conseguita

AA 1984-1991

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Laurea in Medicina e Chirurgia (voto 110/110 e lode)

Medico Chirurgo

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

PRIMA LINGUA

ITALIANO

ALTRE LINGUE

INGLESE

- Capacità di lettura

BUONO

- Capacità di scrittura

BUONO

- Capacità di espressione orale

ELEMENTARE

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

BUONA CONOSCENZA PERSONAL COMPUTER

ULTERIORI INFORMAZIONI

Formatore in Formazione della Scuola Permanente di Formazione della Associazione Medici Diabetologi e Membro della Scuola Permanente di Formazione Associazione Medici Diabetologi 2018-2021
Membro del Direttivo Regionale della Associazione Medici Diabetologi 2021-2025

Data 20/05/2024

FIRMA



Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) La informiamo che i dati da Lei forniti saranno utilizzati esclusivamente per le nostre procedure amministrative interne e verranno trattati in maniera informatizzata. Il trattamento dei Suoi dati personali è finalizzato unicamente all'adempimento delle funzioni istituzionali

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 679/2016