



**DECLARACIÓ D'INDEPENDÈNCIA COMERCIAL PER A INTERVENCIONS EN ACTIVITATS DE
FORMACIÓ CONTINUADA DE LES PROFESSIONS SANITÀRIES**

El/la Sr/Sra:

amb DNI:

de l'empresa:

ponent/professor en l'activitat:

organitzada per:

número de registre:

amb data/es de celebració:

DECLARA QUE,

La meva intervenció com a ponent/professor en aquesta activitat de formació continuada, no respondrà a interessos econòmics d'empresa, ni a interessos comercials de productes, equips o similars.

Lloc i data:

Signatura:

Nota: Aquesta declaració haurà d'anar acompanyada de la Fotocòpia del DNI

Les meves dades personals seran tractades pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries amb la finalitat de gestionar la meva participació com a ponent de la present activitat de formació continuada.

Les meves dades personals es conservaran fins a la finalització de la gestió administrativa de la meva participació.

Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, *Carrer Aragó 330, 4a planta - 08009 Barcelona, per correu postal, e-mail ccfcps@gencat.cat*. Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.