

Autocertificazione assenza di conflitto di interessi

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

in qualità di (selezionare una o più voci):

Responsabile Scientifico Moderatore Relatore Formatore Tutor

relativamente all'evento formativo residenziale dal titolo:

ai sensi dell'art. 3.3, sul Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012, per conto dell'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta,

dichiara

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti economici e/o di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Tipo di Rapporto Economico e/o Supporto Finanziario	Nome dell'Azienda
Contributo all'attività di ricerca	
Attività di Relatore	
Attività di Consulenza	
Possesso di azioni o quote partecipative	
Membro di Organi Direttivi	
Rapporto di lavoro subordinato	

Il/la sottoscritt__, ai sensi del D.Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge

Caserta li, _____

In fede