



AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ C.F. _____

Indirizzo _____ Telefono/Cell. _____

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 “Sant’Anna e S. Sebastiano” di Caserta,

dichiara

- o Che negli ultimi due anni non ha avuto i seguenti rapporti economici e/o finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario;
- o 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 sottoscritto/a, ai sensi del D. Lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente/non acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data ____/____/____

Firma _____