



**AUTOCERTIFICAZIONE
ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

In qualità di Docente Responsabile Scientifico Discente

del Progetto Formativo Aziendale / Evento Formativo Residenziale

TITOLO: _____

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012:

DICHIARA

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

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

_____, li _____

In fede

N.B. Allegare copia del documento d'Identità (solo se NON dipendenti ASUR)