

FORMAT RILEVAZIONE CONFLITTO DI INTERESSI



N. TITOLO \_\_\_\_\_  
(Conservato dal Provider almeno 5 anni \_\_\_\_\_ INDICARE IL LUOGO)

In base alle indicazioni del Nuovo Accordo Stato Regioni n.101 del 19 aprile 2012 e alla delibera regionale 599/2012

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ email/n. tel \_\_\_\_\_

Ente appartenenza \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

in qualità di:

docente  relatore  moderatore  tutor

ai sensi del paragrafo 3.3 sul conflitto di interessi, pagg.. 17, 18, 19 allegato 1 dell'Accordo Stato- Regioni del 19 aprile 2012 **dichiara:**

**presenza conflitto interessi**  **assenza conflitto di interessi** in quanto:

negli ultimi due anni **ho/non ho** avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

—  
—  
—

**assenza conflitto di interessi<sup>1</sup>** rispetto ai contenuti dell'intervento dal titolo:

\_\_\_\_\_ inserito nel programma del

corso/seminario/convegno/... \_\_\_\_\_

organizzato dal Provider ..... in data.....

In fede,

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(FIRMA LEGGIBILE)

<sup>1</sup> Nell'ambito specifico delle sperimentazioni cliniche non costituisce conflitto di interessi la presentazione di relazioni inerenti le finalità di cui alla DGR 788/2006.