Il sottoscritto: Roberto Albertini

Nato/a a

Residente in

C.F

Telefono:

☒ **Dipendente** ☐ **Libero Professionista** ☐ **Convenzionato** ☐ **Altro**

Ente di appartenenza: Università di Parma

Professione: 6 (vedi tabella B qui di seguito)

Disciplina: 68 (vedi tabella C qui di seguito)

In qualità di:

Responsabile Scientifico	☐
Docente	☐
Relatore	☒
Tutor	☐

All'evento (tipologia formativa):

Dal Titolo: L'ambiente delle strutture sanitarie e le patologie ad esso correlate

Data: 14/12/2018

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

DICHIARA

☒ **L'assenza di conflitto di interessi rispetto all'evento** (titolo corso) " L'ambiente delle strutture sanitarie e le patologie ad esso correlate "
ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326;

☐ **Che sussistono rapporti economici rilevanti con l'azienda commerciale** " _____ " sponsor dell'evento stesso.

In fede,
Data, 15/11/2018

Firma _____

1 Dichiarazione relativa al conflitto di interesse