

Il sottoscritto: **BASTAZZA ROBERTO**  
Nato/a a: **CASALCOSTERZANO (LO)** il **16-02-1962**  
Residente in: **CASALCOSTERZANO (LO)** Via: **DI VITTORIO, 10**  
C.F.: **BST RRT62B16B910D**  
Telefono: **02/70127021** Fax: E-mail: **INFO@TERAPEDIASONCUS**

Dipendente  Libero Professionista  Convenzionato  Altro

Ente di appartenenza: **ATS della Brianza**

Professione: (vedi tabella B qui di seguito) **PSICOLOGO - PSICOPEDAGOGISTA**

Disciplina: (vedi tabella C qui di seguito)

In qualità di:

- Responsabile Scientifico   
Docente   
Relatore   
Tutor

All'evento (tipologia formativa): **Corso**

Dal Titolo: **PEER EDUCATION CON I RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE**

DATA : 25 settembre, 12 e 26 ottobre, 16 e 30 novembre e 14 dicembre 2017

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) "PEER EDUCATION CON I RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE"** 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, 11.09.2017

Firma

