Il sottoscritto: PAOLO BONFANTI

Nato/a a: **il** VARESE IL 28-11-1964

Residente in: **Via:** CASTIGLIONE OLONA, VIA FERMI 1

C.F.: BNFPLA64S28L682G

Telefono: **Fax:** ***E-mail:*** pa.bonfanti@asst-lecco.it

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

Ente di appartenenza: ASST DI LECCO

Professione: (vedi tabella B qui di seguito) DIRIGENTE MEDICO

Disciplina: (vedi tabella C qui di seguito) MALATTIE INFETTIVE

In qualità di:

- **Responsabile Scientifico** ☐
- **Docente** ☐
- **Relatore** ☒
- **Tutor** ☐

All'evento (tipologia formativa): Convegno

Dal Titolo: **VACCINAZIONI: CULTURA, COLLABORAZIONE E RESPONSABILITA' CONDIVISE**
data : 7 ottobre 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) "VACCINAZIONI: CULTURA, COLLABORAZIONE E RESPONSABILITA' CONDIVISE " 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, Firma _____