

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ATS Brianza	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali Sviluppo Risorse Umane Formazione e Valutazione Risorse Umane Monza: Tel. 039/2384289 - 4288 Lecco: Tel. 0341/482517 - 2250 E-mail: formazione@ats-brianza.it	MODULO GESTIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE DICHIARAZIONE RELATIVA AL CONFLITTO D'INTERESSE	
---	--	--	---

Il sottoscritto: Bergamaschi Walter

Nato/a a: MILANO **il** 17 LUGLIO 1964

Residente in: 20090 Segrate (MI) **Via:** Via Trento, 43

C.F.: BRGWTR64L17F205T

Telefono: 02 503.12022 **Fax:** **E-mail:** direzione.generale@unimi.it

Dipendente Libero Professionista Convenzionato Altro

Ente di appartenenza: UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Professione: (vedi tabella B qui di seguito)

Disciplina: (vedi tabella C qui di seguito)

In qualità di:

Responsabile Scientifico

Docente

Relatore

Tutor

All'evento (tipologia formativa): Corso

Dal Titolo: PROGRAMMAZIONE INTEGRATA DEI SERVIZI SOCIO SANITARI:
ANALISI DEL BISOGNO ED EROGAZIONE DEI SERVIZI

Data: 14, 21, 30 novembre, 5, 19 dicembre 2017, 16 e 30 gennaio 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) "PROGRAMMAZIONE INTEGRATA DEI SERVIZI SOCIO SANITARI: ANALISI DEL BISOGNO ED EROGAZIONE DEI SERVIZI" 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  _____