



Regione
Lombardia

ASL Lecco

Ufficio Formazione
Sviluppo Risorse Umane

23900 Lecco Corso Carlo Alberto 120
Tel.: 0341/482517 - 0341/482250
Fax: 0341/482725
E-mail: formazione@asl.lecco.it

MODULO
PROGETTAZIONE-EROGAZIONE-
CHIUSURA DEGLI EVENTI FORMATIVI

DICHIARAZIONE RELATIVA
AL CONFLITTO D'INTERESSE

Il sottoscritto: **GHISLANZONI STEFANO**

Nato/a a: **LECCO** il **26/11/1983**

Residente in: **LECCO** Via: **MILAZZO, 23**

C.F.: **GHSSFN83506E507N**

Telefono: **3407737333** Fax: E-mail: **stefano.ghislanzoni@gmail.com**

☐ Dipendente ☐ Libero Professionista ☐ Convenzionato ☒ Altro

Professione: (vedi tabella B) **MEDICO CHIRURGO**

Disciplina: (vedi tabella C)

N.B. Le tabelle B e C sono pubblicate sul Sito WEB ASL – Servizi ai cittadini – Formazione – Piano di Formazione

In qualità di:

Responsabile Scientifico ☐

Docente ☒

Relatore ☐

Tutor ☐

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

Dal Titolo: **: La gestione dell'emergenza-urgenza post-vaccinale**

Data: **04/03/2016**

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) “ : La gestione dell'emergenza-urgenza post-vaccinale ”**
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: **4-03-2016**

Firma **Stefano Ghislanzoni**