



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: **PALHA FORTUNATA**

Nat/a a: **LECCO il 16/10/1955**

Residente in: **ALGREGIENTINO** Via: **LUIGI TAUSCA 59**

C.F.: **PLAFTN 55 A 54 E 502 B**

Telefono: **333760525** Fax: **333760525** E-mail: **PATISSA.VIRGILIO.IT**

☐ Dipendente ☐ Libero Professionista ☐ Convenzionato ☒ Altro

Professione: (vedi tabella B)

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: **04/03/2016**

Firma **P**