



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: **RAFFAELE MOZZANICA**

Nato/a a: **LECCO** il **23-01-1977**

Residente in: **LECCO Via: GORIZIA 25**

C.F.: **MZZRFL77A23E507T**

Telefono: **02-45495162** Fax: **02-45495165** E-mail: raffaele.mozzanica@studiodegani.net

☐ Dipendente ☒ Libero Professionista ☐ Convenzionato ☐ Altro

Professione: **avvocato** (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: **L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO LOMBARDO**

Data: **1 edizione 1-8-24-2016**

3 edizione 10-15-28.03.2016

2 edizione 2-9-23-2016

4 edizione 16-22-31.03.2016

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) "_____"
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: **23.12.2015**

Firma

1 Dichiarazione relativa al conflitto di interesse