

**Formazione  
e Sviluppo Risorse Umane**

Monza: Tel. 039/2384288 – 039/2384226

Fax: 039/2384839

E-mail: [formazione@ats-brianza.it](mailto:formazione@ats-brianza.it) - [formazioneesterna@ats-brianza.it](mailto:formazioneesterna@ats-brianza.it)

Lecco: Tel. 0341/482517 – 0341/482250

Fax: 0341/482725

E-mail: [formazione@asl.lecco.it](mailto:formazione@asl.lecco.it)**DICHIARAZIONE  
RELATIVA AL CONFLITTO  
D'INTERESSE**Il sottoscritto: **BERNIEDI FRANCESCO**Nato/a a: **PARMA** il **10-01-1952**Residente in: **MILANO** Via: **le A. DORIA, 12**C.F.: **BRUFNC52A106377L**Telefono: **3398704806** Fax: E-mail: **francesco.berniedi@olice.it**☐ Dipendente ☒ Libero Professionista ☐ Convenzionato ☐ Altro

Ente di appartenenza:

Professione: **MEDECO** (vedi tabella B)Disciplina: **IGIEIE** (vedi tabella C)N.B. Le tabelle B e C sono pubblicate sul Sito [www.ats.brianza.it](http://www.ats.brianza.it)

In qualità di:

Responsabile Scientifico ☐Docente ☐Relatore ☒Tutor ☐All'evento (tipologia formativa): **Convegno**Dal Titolo: **ESENZIONE, PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA, APPROPRIATEZZA  
E ACCESSO ALL'ASSISTENZA**Data: **6 ottobre 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) "**ESENZIONE, PARTECIPAZIONE  
ALLA SPESA SANITARIA, APPROPRIATEZZA E ACCESSO ALL'ASSISTENZA**" 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 "**DOC Generici Srl**"  
sponsor dell'evento stesso.

In fede,

Data, **6-10-16**

Firma