

**Il sottoscritto:**

ALBERTO CORSINI

Nato/a a: MILANO

il 5-12-1958

Residente in: MILANO

Via: MAURO MACCHI 44

C.F.: CRSLRT58T05F205N

Telefono: 0250318322

Fax:

E-mail: [alberto.corsini@unimi.it](mailto:alberto.corsini@unimi.it)

☒ Dipendente ☐ Libero Professionista ☐ Convenzionato ☐ Altro

Ente di appartenenza: Università degli Studi di Milano, Dip. di Scienze Farmacologiche e Biomolecolari

Professione: DOCENTE UNIVERSITARIO (vedi tabella B)

Disciplina: FARMACOLOGIA (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: MODELLI DI CURA PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER

Data: 17 dicembre 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) " MODELLI DI CURA PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER " ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326;

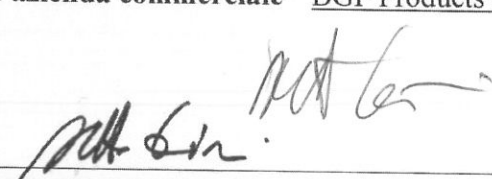
☐ Che sussistono rapporti economici rilevanti con l'azienda commerciale " BGP Products Spa " sponsor dell'evento stesso.

In fede,

Data,

10 novembre 2016

Firma



1 Dichiarazione relativa al conflitto di interesse