



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: **TERESA SALVETTI**

Nato/a a: **TORINO** il **05/08/1970**

Residente in: **BERGAMO**

Via: **CARDUCCI, 29**

C.F.: **SLVTR570M45L219M**

Telefono: **335/1486522** Fax: E-mail: **salvetti.t@gmail.com**

☐ Dipendente ☒ Libero Professionista ☐ Convenzionato ☐ Altro

Professione: (vedi tabella B) **ASS. SOCIALE**

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 **EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO**

Dal Titolo: **Evoluzione del Sistema Socio - Sanitario Lombardo**

Data: **1 edizione 1-8-24-03-2016**

3 edizione 10-15-29-03-2016

2 edizione 2-9-23-03-2016

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) "Evoluzione del Sistema Socio - Sanitario Lombardo"
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: **30/12/2015**

Firma **TERESA SALVETTI**