



Titolo		(conservato dal Provider almeno 5 anni)	
Luogo			
Il/la sottoscritto/a			
nato/a		il	
residente in		Via	
N.	Città		
email		tel	
Ente appartenenza		C.F.	
Professione		Disciplina	

in qualità di:

- docente relatore responsabile scientifico moderatore tutor animatore della formazione

DICHIARA

- presenza di** conflitto interessi in quanto negli ultimi due anni **HO avuto** i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

- assenza di** conflitto interessi in quanto negli ultimi due anni **NON ho avuto** rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

- assenza di conflitto interessi¹ rispetto ai contenuti dell'intervento dal titolo:**

--

inserito nel programma dell'evento formativo

organizzato dal Provider Azienda USL Toscana Sud Est 090-203 in data

--

In fede

--

luogo e data

firma leggibile

1 Nell'ambito specifico delle sperimentazioni cliniche non costituisce conflitto di interessi la presentazione di relazioni inerenti le finalità di cui alla DGR 788/2006