DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____Via _____

C.F. _____

DICHIARA (indicare con una o più X la propria scelta)

di non avere rapporti, anche di finanziamento, con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

di non avere rapporti con soggetti portatori di interessi in conflitto con le attività e/o l'oggetto sociale della SIUMB

di avere rapporti, anche di finanziamento, in conflitto di interessi con la SIUMB

Data _____ Firma _____