



## **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 \_\_\_\_\_