



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 _____