



.....

### Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto CAVALIERE NICOLA nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di : (barrare l'opzione)

docente

moderatore

relatore

tutor

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18-19 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, per conto del Provider Azienda Sanitaria ASP di Potenza Id Provider 20  
dichiara che: (barrare una sola opzione)

negli ultimi due anni non ha avuto alcun rapporto anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario;

negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: (specificare)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: 07/10/2022

Firma .....

  
**Dott. Nicola CAVALIERE**