

Dichiarazione conflitto d'interessi

Il sottoscritto MARASCO GIUSTINA

in qualità di: (barrare l'opzione)

- ☒ docente
- ☐ moderatore
- ☐ relatore
- ☐ tutor

ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM, 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:

05.05.21

Firma leggibile

