

 Ospedale Maggiore  Regione Lombardia ASST Crema	AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI	MG03/01 rev. 4 del 12/01/2016
---	---	--

La sottoscritta _____ **Sonia Gerosa** _____

Nato a _____

Residente in _____

Via _____

C.F. _____ in qualità di:

Provider ☐

Responsabile Scientifico ☐

Docente ☒

Relatore ☐

Tutor ☐

All'evento (tipologia formativa CORSO

Dal titolo:): "IL CONTRATTO TERAPEUTICO CONDIVISO E L'EMPOWERMENT DELL'EQUIPE – APPROFONDIMENTO RISPETTO AL MODELLO DELL'ANALISI TRANSIZIONALE"

Data: _07 GIUGNO 2017 E IL 15/11/2017_

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

☒ l'assenza di conflitto di interessi rispetto all'evento (titolo corso) " _____ "

ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326;

☐ che sussistono rapporti economici rilevanti con l'azienda commerciale " _____ " sponsor dell'evento stesso.

In fede,

Data _25/5/2017_____

Firma _____  _____