

ALLEGATO H

Al Sig. Responsabile dell'Unità
Operativa Formazione
Azienda Sanitaria Provinciale
ENNA

Oggetto: Dichiarazione trasparenza fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali.

Il Sottoscritto Dr./Sig. ANTONIO SEIBONA nato a _____
il _____ con la qualifica di _____
in qualità di moderatore, relatore, formatore, tutor, docente, responsabile scientifico del Corso VIolenza
CODICE ROSA: IL PER CORSO CONDIVISO DELLA VITTIMA
che si svolgerà presso l'ASP di Enna nell'anno 2021 ai sensi dell'art. 3.3 sul PIGNERE
Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre
2009, per conto dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

DICHIARA

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

.....
.....
.....
.....

* che non ha avuto negli ultimi due anni rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di
interessi commerciali in campo sanitario.

Il /La sottoscritto/a sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000 dichiara
che i dati sopra riportati sono veritieri e allega alla presente copia fronte retro di un documento
d'identità in corso di validità.

Data 04/05/2021

In Fede
