

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./Ssa DI GRIGOLI MARIA LUCIA RITA nato a [REDACTED]
il [REDACTED] con la qualifica di [REDACTED]
in qualità di moderatore, relatore, formatore, tutor, docente, responsabile scientifico del Corso [REDACTED]

che si svolgerà presso l'ASP di Enna nell'anno _____ ai sensi dell'art. 3.3 sul
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 16.04.2021

In Fede

Maria Lucia Rita
Di Grigoli

Azienda Sanitaria Provinciale Enna
Unità Operativa Formazione
C.da Ferrante c/o P.O Umberto I° - 94100 Enna Tel. 0935 516715 Fax 0935 516697