**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ SULLA TRASPARENZA DELLE FONTI DI FINANZIAMENTO DEI RAPPORTI CON SOGGETTI PORTATORI DI INTERESSI COMMERCIALI**

*(ai sensi e nel rispetto degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e nella consapevolezza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)*

La/Il sottoscritta/o …………………………………………………….. codice fiscale ………………………………..

nata/o a ……………..………….il …/ … / …. in qualità di …………………………………… (docente/ relatore /tutor /moderatore)

all’evento ID…………… dal titolo “…………………………………………………………………………………………..”

**dichiara**

*(ai sensi dell’art. 76, comma 4 dell’Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017)*

□ che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario e di seguito riportati:

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

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

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_