

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI**

Il sottoscritto .....

Nato a ..... Il ..... Residente in.....

CAP .....CITTA' .....Provincia .....

TEL. .... CELL.....\_EMAIL .....

CODICE FISCALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

In qualità di:

- Responsabile Scientifico
- Direttore
- Moderatore
- Relatore/Istruttore
- Panelista

**del 101° CONGRESSO NAZIONALE SOI – Roma, 16-19 novembre 2022**

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, per conto del Provider Congressi Medici Oculisti Srl.

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

**DICHIARA  
che negli ultimi due anni**

Non ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

- .....
- .....
- .....
- .....

Ai sensi dell'art.7 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali si richiede l'autorizzazione al trattamento dei dati personali. Si precisa che le informazioni di cui sopra hanno come finalità l'utilizzo dei dati stessi per i fini ECM e saranno messe a disposizione della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina.

Data

In fede

.....