

(sottoscrivere una delle due opzioni)

ASL BA
Lungomare Starita, 6
70123 – Bari

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di docente/moderatore/relatore/formatore/tutor, ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5. del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

Dichiara

che negli ultimi due anni **ha avuto** i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

–

–

Bari, _____

In fede

ASL BA
Lungomare Starita, 6
70123 - Bari

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di docente/moderatore/relatore/formatore/tutor, ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5. del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

Dichiara

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

Bari, _____

In fede
