

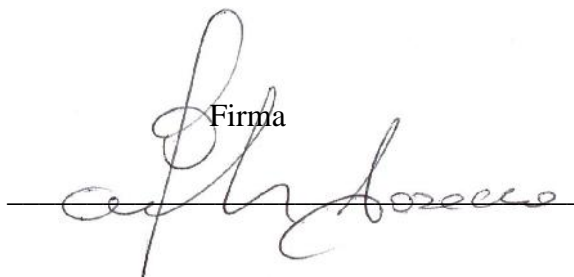
Autocertificazione assenza conflitti interessi

Il/La sottoscritto/a **PASQUALE LOSACCO**, residente a **BITETTO (BA) IN VIA S. QUASIMODO N° 2/A CAP 70020 CODICE FISCALE LSC PQL 70E24A662S** in qualità di docente ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di interessi, pag. 18-19 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato Regione del 12 aprile 2012, per conto del Provider Azienda Sanitaria ASP di Potenza Id Provider 2159 **DICHIARA** che:

- Negli ultimi due anni non ha avuto alcun rapporto anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario;
- Negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con i soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: (specificare)

- _____;
- _____;
- _____.

Firma



Data Bari 20/03/2017