REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANIA

Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi

(Si raccomanda di compilare e firmare il presente modulo con strumenti informatici affinché lo stesso rimanga in formato nativo digitale)

Con riferimento alla dichiarazione resa da_____

si attesta

che, in base a quanto contenuto nella dichiarazione di cui sopra, non risultano situaizoni attuiali o potenziali di di conflitto di interessi.

_____, lì_____

Il Direttore U.O.C.

_____