DICHIARAZIONE

La/Il sottoscritta/o.....CAZZOLA PAOLA.....

Nata/o a...ISOLA VICENTINA (VI)..... il.....12.04.1959.....

incaricato di tenere un corso di formazione per gli operatori sanitari sulla gestione del paziente con microrganismi multiresistenti agli antibiotici.....

.....

DICHIARA

che, in relazione all'incarico conferito, non sussiste alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità previste dal D.Lgs. n.39 dell'8/4/2013, nonchè alcuna situazione, anche potenziale, di conflitto d'interessi.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti di cui all'art.20 del D.Lgs. n.39/2013.

Data 15/10/15.....

Firma

Paola Cazzola

.....