



**MODULO DICHIARAZIONE CONFLITTO DI INTERESSI**

Io sottoscritto/a Dr. MAURIZIO BOLOGNA  
nato/a il 27-12-1954 a ROMA C.F.  
BUGMRZ54T27H501L nell'esercizio della professione di:

Medico Chirurgo

Ostetrico/a

Infermiere/a

Fisioterapista

Altro \_\_\_\_\_

**dichiaro**

Di ricoprire abitualmente il ruolo di speaker per le seguenti aziende:

~~\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_~~

Di ricevere rimborsi per spese/viaggi/soggiorni dalle seguenti aziende:

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

Di partecipare agli utili delle seguenti aziende:

~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

ovvero

L'assenza di conflitto di interessi nei confronti di qualunque azienda del settore medico e farmaceutico

Data 21.01.2019

Firma

~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

