



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

ALLEGATO B03

Oggetto: Dichiarazione trasparenza fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali.

Il Sottoscritto Dr./Sig. MARIA PONTILLO

nato il _____ a _____

Cod.Fisc. FNIMRA82F60H234Y in qualità di RELATORE

del Corso

Interventi ebm farmacologici su patologie psichiatriche in età evolutiva

che si svolgerà presso l'ASL di Viterbo nell'anno 2025 ai sensi dell'art. 3.3 sul
Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre
2009, per conto dell'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo

DICHIARA

che ha avuto negli ultimi due anni rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di
interessi commerciali in campo sanitario: (specificare quali)

.....
.....
.....
.....

☒ che non ha avuto negli ultimi due anni rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di
interessi commerciali in campo sanitario.

Il /La sottoscritto/a sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000 dichiara
che i dati sopra riportati sono veritieri e allega alla presente copia fronte retro di un documento
d'identità in corso di validità.

Data 25/2/2025

In Fede