

	<b>ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA ROMAGNA</b> <b>"BRUNO UBERTINI"</b> (ENTE SANITARIO DI DIRITTO PUBBLICO)	Sede Legale: Via Bianchi 9 25124 Brescia Tel. 020-22901 Fax: 030-2425251 Email <a href="mailto:info@izsler.it">info@izsler.it</a> C.F.-P.IVA 00284840170 N.REA CCIAA di Brescia 88834
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FORMAZIONE**  
**CENTRO DI REFERENZA PER LA FORMAZIONE**  
**IN SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA**  
Tel +390302290230 - 330 - 379 - 333  
Fax +390302290616

e-mail: [formazione@izsler.it](mailto:formazione@izsler.it)

### **DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI, ATTIVITA' PROFESSIONALI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE**

*L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, sulla base delle disposizioni contenute nel **D.Lgs. n. 33/2013**, è tenuto a pubblicare e aggiornare le informazioni relative ai titolari di incarichi amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, nonché di **collaborazione o consulenza**.*

***In particolare, con riguardo alle indicazioni contenute nell'art. 15, c.1, lett.c), si richiede di compilare quanto di seguito riportato. Si ringrazia per la collaborazione.***

Il sottoscritto DI SANDRO ALESSANDRA in qualità di Docente all'evento: "GESTIONE DELLE EMERGENZE SANITARIE CONNESSE ALLE MALATTIE A TRASMISSIONE ALIMENTARE"

Dichiara

- ~~del~~ ha svolto incarichi e/o attività professionali, o è stato titolare di cariche nei seguenti enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

.....

- ~~x~~ non ha svolto alcun incarico o non è stato titolare di alcuna carica presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

dichiara inoltre che

che negli ultimi due anni

- ~~del~~ ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

.....

- ~~x~~ non ha avuto alcun rapporto

Data 04/11/2021

Firma \_\_\_\_\_