

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

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

e-mail: 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 PATRESE FRANCESCA in qualità di Docente all'evento: "ELEMENTI BASE PER L'APPROCCIO DEI RICERCATORI ALL'UTILIZZO DEGLI ANIMALI AI FINI SCIENTIFICI"

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 01/12/2021

Firma _____