

	<p><b>ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA ROMAGNA</b> <b>"BRUNO UBERTINI"</b> (ENTE SANITARIO DI DIRITTO PUBBLICO)</p>	<p>Sede Legale: Via Bianchi 9 25124 Brescia</p> <p>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</p>
---	--	---

**FORMAZIONE**  
**CENTRO DI RIFERENZA 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 BEATO MARIA SERENA in qualità di Docente all'evento: "BIOSICUREZZA E PREVENZIONE: LE PARTI DEL PUZZLE"

Dichiara

1. 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

inoltre, ai sensi dell'art. 76, comma 4, dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5. del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

**dichiara**

che negli ultimi due anni

1. ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. non ha avuto alcun rapporto

Data 16/09/2024

Firma \_\_\_\_\_

La dichiarazione deve essere consegnata al provider, il quale provvede a conservarla e a renderla disponibile presso la sede legale per almeno 5 anni.