

## ATTENZIONE

La presente dichiarazione è a corredo dell'atto costitutivo e/o dello statuto e dovrà essere redatta e debitamente firmata e trasmessa unitamente alla documentazione allegata all'atto della richiesta di accreditamento in qualità di provider provvisorio qualora nell'oggetto sociale dell'atto costitutivo e/o dello statuto compaia la seguente o analoga clausola di stile (a titolo esemplificativo): “la società potrà, infine, svolgere tutte le operazioni immobiliari, mobiliari, commerciali, pubblicitarie, industriali, finanziarie e creditizie dirette al conseguimento dell'oggetto sociale”.

# Carta Intestata del provider

**Dichiarazione di esclusione del conflitto di interessi per l'oggetto sociale da inserire nel punto 73 della form per la richiesta di accreditamento dove è presente l'atto costitutivo o lo statuto.**

*Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante del/della \_\_\_\_\_*

*dichiara*

*ai sensi dell'art. 45, comma 3, dell'Accordo Stato – Regioni del 2 febbraio 2017 con cui il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno approvato il documento "La formazione continua nel settore Salute", che nell'organizzazione e gestione diretta e indiretta del sottoscritto provider<sup>1</sup>:*

*a) Il/la nome del provider/ragione sociale, in vista del compimento di ogni attività annessa e connessa con l'oggetto sociale, non svolge attività immobiliari, mobiliari, commerciali, pubblicitarie, industriali, finanziarie e creditizie di prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici dispositivi medici, dietetici ed alimenti per l'infanzia;*

*b) che gli eventuali partner (ossia i soggetti giuridici non accreditati che collaborano per la realizzazione dell'evento offrendo un supporto formativo- scientifico, informatico o operativo etc..per la realizzazione dell'evento) legati al/alla nome del provider/ragione sociale, in vista del compimento di ogni attività annessa e connessa con l'oggetto sociale, non svolgono attività immobiliari, mobiliari, commerciali, pubblicitarie, industriali, finanziarie e creditizie di prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici dispositivi medici, dietetici ed alimenti per l'infanzia.*

*Data e firma del legale rappresentante*

---

<sup>1</sup> Se già accreditato provvisoriamente aggiungere: "numero id. \_\_\_\_\_, accreditato provvisoriamente con determina del \_\_\_\_\_."