



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## **DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI**

### **SEZIONE OBBLIGATORIA Parte I**

**Nome:** STEFANIA

**Cognome:** CICALINI

**Titolo/Ruolo:** DIRIGENZA MEDICA

**Indirizzo professionale:** Via Portuense, 292

**Indirizzo e-mail:** stefania.cicalini@inmi.it

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue: consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività professionale svolta presso **Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS** e consapevole altresì che la veridicità delle affermazioni di seguito riportate è condizione essenziale della permanenza della fiducia che caratterizza in modo imprescindibile il rapporto di lavoro con l'amministrazione, in fede dichiaro di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti in una azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria oltre a quelli di seguito elencati.

1. **Attività:** Dipendente

**Periodo:** Da oltre 5 anni

**Data:** 14 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE  
STEFANIA CICALINI\***

**Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE**



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.**

**Data:** 14 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE  
STEFANIA CICALINI\***



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## SEZIONE OBBLIGATORIA

### Parte II

1. **Attività:** Dipendente

**Tipologia Azienda:** Altro

**Azienda:** Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRC

**Tipologia Attività:** Malattie infettive e tropicali

**Area di Attività:** AMBULATORIO REPARTO

**Tipologia Prodotto/Tecnologia:** non applicabile

**Prodotto:**

**Impiego:**

**Periodo:** 07/2002 - in corso

**Data:** 14 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE**  
**STEFANIA CICALINI\***

**Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.**

**Data:** 14 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE**  
**STEFANIA CICALINI\***



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## **SEZIONE OBBLIGATORIA**

### **Parte III**

**3.1** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho svolto lavoro dipendente ed ho percepito compensi direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, relativi alla produzione di farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria

**Tipologia**

**Azienda:**

**Azienda:**

**Tipologia**

**Prodotto/**

**Tecnologia:**

**Prodotto:**

**3.2** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho agito in qualità di consulente per la/le seguente/i organizzazione/i (azienda farmaceutica, HTA, organismi di ricerca pubblici o privati, ecc.)

**Tipologia** Privata

**Azienda:**

**Azienda:** VIIV JANSSENCILAG

**Tipologia** Farmaci

**Prodotto/**

**Tecnologia:**

**Prodotto:** FARMACI ANTIRETROVIRALI

**3.3** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho svolto studi clinici in relazione allo sviluppo di un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.

**Tipologia**

**Azienda:**

**Azienda:**

**Tipologia**

**Prodotto/**



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Tecnologia:****Prodotto:**

**3.4** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho partecipato ad un comitato o organo consultivo che ha prodotto decisioni correlate alla ricerca su un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.

**Tipologia****Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

**3.5** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho percepito, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, un contributo per spese di viaggio/alloggio/soggiorno per ricerca su un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.

**Tipologia****Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

**3.6** Negli ultimi 3 anni e/o e in quello in corso mi sono state pagate, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, le spese congressuali da sponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari

**Tipologia** Privata

**Azienda:**

**Azienda:** GILEAD JANSSENCILAG BMS

**Tipologia** Farmaci

**Prodotto/****Tecnologia:**

**Prodotto:** FARMACI ANTIRETROVIRALI

**3.7** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto, direttamente e/o per il



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, fondi di ricerca sotto forma di contratti di sovvenzione, doni, ricerche commissionate o borse di studio/ricerca da parte di sponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria

**Tipologia  
fondi di  
ricerca:**

**Tipologia  
Azienda:**

**Azienda:**

**Tipologia  
Prodotto/  
Tecnologia:**

**Prodotto:**

**3.8** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, forniture di farmaci o attrezzature oppure supporto di tipo amministrativo da sponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria.

**Tipologia  
Azienda:**

**Azienda:**

**Tipologia  
Prodotto/  
Tecnologia:**

**Prodotto:**

**3.9** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho prodotto una presentazione ad eventi organizzati da sponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria, dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero

**Tipologia** Privata  
**Azienda:**

**Azienda:** GILEAD JANSSENCILAG BMS MSD VIIV

**Tipologia** Farmaci  
**Prodotto/**



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Tecnologia:****Prodotto:** FARMACI ANTIRETROVIRALI

**3.10** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho partecipato all'organizzazione di eventi sponsorizzati da sponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero

**Tipologia****Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

**3.11** Negli ultimi 3 anni e/o quello in corso ho svolto attività o contribuito alla progettazione di un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero.

**Tipologia****Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

**3.12** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricoperto una posizione manageriale con funzioni gestionali nel seguente istituto, in cui si svolge ricerca medica che è stata finanziata da parte di sponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.

**Tipologia****Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:**



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Prodotto:**

**3.13** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto il pagamento di diritti e/o posseduto quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale (ad esclusione di fondi comuni o prodotti analoghi in cui l'investitore non ha alcun controllo sulla selezione delle quote), diritti da brevetti o altre forme di proprietà intellettuale da parte di sponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.

**Tipologia****Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

**3.14** Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho avuto interessi finanziari in aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate a sponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.

**Tipologia****Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

**3.15** Ho relazioni di parentela entro il secondo grado o affinità o convivenza more uxorio con soggetti la cui attività è correlata con la mission dell'azienda farmaceutica / produttore /organizzazione sanitaria, i suoi rappresentanti commerciali o i suoi titolari di fornitura

**Tipologia****Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:**





# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Prodotto:**

**3.16** Sono membro (Socio/Presidente/Componente del Cda/Comitato Scientifico/Altro) di una Fondazione o altra persona giuridica con o senza scopo di lucro.

**Tipologia** Fondazione

**Azienda:**

**Azienda:** FONDAZIONE ICONA

**Tipologia** Farmaci

**Prodotto/**

**Tecnologia:**

**Prodotto:** FARMACI ANTIRETROVIRALI

**3.17** L'organizzazione, per la quale svolgo una delle attività di cui ai punti precedenti, riceve un fondo o altri finanziamenti da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.

**Tipologia** Privata

**Azienda:**

**Azienda:** AZIENDE FARMACEUTICHE

**Tipologia** Farmaci

**Prodotto/**

**Tecnologia:**

**Prodotto:** FARMACI ANTIRETROVIRALI

**3.18** Sono impegnato in un'attività che potrebbe essere percepita come un condizionamento/conflicto di interessi e comunque non rientrante in nessun caso di cui ai punti precedenti.

**Tipologia**

**Azienda:**

**Azienda:**

**Tipologia**

**Prodotto/**

**Tecnologia:**

**Prodotto:**

**Nel caso in cui intervengano fatti o interessi che modifichino la situazione esistente rispetto a quanto dichiarato con il presente atto, sarà mia cura darne**



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**immediata comunicazione e compilare una nuova dichiarazione specificando i cambiamenti intervenuti. Questa dichiarazione non mi esenta, pertanto, dall'obbligo di dichiarare qualsiasi potenziale conflitto di interesse che dovesse sorgere in futuro.**

**Data** 14 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE  
STEFANIA CICALINI\***

**Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.**

**Data** 14 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE  
STEFANIA CICALINI\***



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## SECONDA SEZIONE

### DICHIARAZIONE DEGLI INTERESSI DI CARATTERE FINANZIARIO

**Nome:** STEFANIA

**Cognome:** CICALINI

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue:

- 2) **ho svolto la seguente attività retribuita per attività di consulenza e prestazioni professionali risultanti da uno specifico contratto con l'azienda farmaceutica, indicando la tipologia del servizio prestato (ad esempio produzione di farmaco/dispositivo medico o sanitario/altra tecnologia sanitaria o ricezione fondi di ricerca sotto forma di contratti di ogni genere, doni, ricerche commissionate o borse di studio da parte di sponsor/azienda farmaceutica/produttore/ organizzazione sanitaria).**

**Attività:** Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

**Entità:** da 500,00 euro a 1000 lordi

**Quota percepita direttamente:** Euro 750

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:** Euro 0

**Dal:** 09/2015

**Al:** 09/2015

**Attività:** Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

**Entità:** da 500,00 euro a 1000 lordi

**Quota percepita direttamente:** Euro 750



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:** Euro 0

**Dal:** 01/2016

**Al:** 01/2016

**Attività:** Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

**Entità:** da 500,00 euro a 1000 lordi

**Quota percepita direttamente:** Euro 1000

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:** Euro 0

**Dal:** 05/2016

**Al:** 05/2016

**Attività:** Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

**Entità:** da 500,00 euro a 1000 lordi

**Quota percepita direttamente:** Euro 750

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:** Euro 0

**Dal:** 09/2016

**Al:** 09/2016

**Attività:** Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

**Entità:** da 500,00 euro a 1000 lordi

**Quota percepita direttamente:** Euro 750

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:** Euro 0



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**opera:**

**Dal:** 01/2017

**Al:** 01/2017

**Attività:** Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

**Entità:** da 500,00 euro a 1000 lordi

**Quota percepita direttamente:** Euro 750

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si** Euro 0

**opera:**

**Dal:** 03/2017

**Al:** 03/2017

**Attività:** Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

**Entità:** da 500,00 euro a 1000 lordi

**Quota percepita direttamente:** Euro 1000

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si** Euro 0

**opera:**

**Dal:** 12/2017

**Al:** 12/2017

**Attività:** Attività retribuita di consulenza e prestazioni professionali per la produzione di un farmaco

**Entità:** da 500,00 euro a 1000 lordi

**Quota percepita direttamente:** Euro 1000

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si** Euro 0

**opera:**

**Dal:** 06/2018



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**AI:** 06/2018

- 3) ho percepito il seguente finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali (quota di iscrizione o delle spese di viaggio, alloggio e soggiorno), da sponsor/azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria.**

**Attività:** Finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali da parte di sponsor

**Entità:** importo pari a 0

**Quota percepita direttamente:** N/d

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:** N/d

**Dal:** 03/2017

**AI:** 03/2017

**Attività:** Finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali da parte di sponsor

**Entità:** importo pari a 0

**Quota percepita direttamente:** N/d

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:** N/d

**Dal:** 10/2017

**AI:** 10/2017

**Attività:** Finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali da parte di sponsor

**Entità:** importo pari a 0

**Quota percepita direttamente:** N/d

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:** N/d



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Dal:** 11/2018

**Al:** 11/2018

- 4) ho partecipato, nel triennio precedente alla presente dichiarazione, a consigli di amministrazione o comitati di impresa, società o partenariati, associazioni, fondazioni, organizzazioni non governative o altri enti giuridici.**

**Attività:** Partecipazione a fondazioni

**Entità:** importo pari a 0

**Quota percepita direttamente:** N/d

**Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera:** N/d

**Dal:** 06/2018

**Al:** 11/2018

- 5) dichiaro qualsiasi altro interesse finanziario che possa influenzare l'esercizio delle mie funzioni (indicare eventuali altri interessi finanziari e/o eventuali informazioni integrative).**

**Data** 14 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE  
STEFANIA CICALINI\***

**Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.**

**Data** 14 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE  
STEFANIA CICALINI\***



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## TERZA SEZIONE

### DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI SU INVITO AD EVENTI ORGANIZZATI DA TERZI

**Nome:** STEFANIA

**Cognome:** CICALINI

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di un invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato all'evento/i di cui alla seguente tabella, organizzato da terzi, in relazione al/i quale/i le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi<sup>2</sup>. Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero.

SÌ  NO

Data 14 Novembre 2018

IL DICHIARANTE  
STEFANIA CICALINI\*

#### Dati evento 1

**5.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese**

**5.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese**

**5.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese**

**5.2.1. Viaggio**

No

**5.2.2. Alloggio**

No

**5.2.3. Spese di soggiorno**





# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

No

## **5.2.4. Indennità per il contributo all'evento**

No

## **5.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO ( indicare eventuali accompagnatori)**

**5.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).**

## **5.3.3. LUOGO**

### **NOTE:**

Dati evento 2

---

## **5.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese**

## **5.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese**

## **5.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese**

## **5.2.1. Viaggio**

No

## **5.2.2. Alloggio**

No

## **5.2.3. Spese di soggiorno**

No

## **5.2.4. Indennità per il contributo all'evento**

No

## **5.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO ( indicare eventuali accompagnatori)**

**5.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).**



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## **5.3.3. LUOGO**

### **NOTE:**

Dati evento 3

---

**5.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese**

**5.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese**

**5.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese**

**5.2.1. Viaggio**

No

**5.2.2. Alloggio**

No

**5.2.3. Spese di soggiorno**

No

**5.2.4. Indennità per il contributo all'evento**

No

**5.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO ( indicare eventuali accompagnatori)**

**5.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).**

**5.3.3. LUOGO**

### **NOTE:**

**Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del professionista e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data dell'evento. Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della prevenzione della corruzione.**



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Data** 14 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE**  
**STEFANIA CICALINI\***

**Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.**

**Data** 14 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE**  
**STEFANIA CICALINI\***



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## QUARTA SEZIONE

### DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI ALL'ORGANIZZAZIONE DI EVENTI SPONSORIZZATI DA TERZI

**Nome:** STEFANIA

**Cognome:** CICALINI

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato in qualità di organizzatore, al seguente evento sponsorizzato da terzi, in relazione al quale le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi<sup>2</sup>. Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero.

SI  NO

Data 14 Novembre 2018

IL DICHIARANTE  
STEFANIA CICALINI\*