ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento – Cod. Fisc. 80013290228

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI e TRASPARENZA
moderatore/relatore/formatore/tutor/docente/responsabile scientifico

Il sottoscritto ROBERTO ORECCHIA

nato a

residente in

Professione: MEDICO

Disciplina: RADIOTERAPIA, RADIOLOGIA E ONCOLOGIA

E-mail: _____ cellulare: _____

Istituzione di appartenenza/Ente: _____

Indirizzo Istituzione/Ente: _____

CAP: _____ Città: _____

Inquadramento professionale: ☐ Libero professionista ☒ Dipendente ☐ Convenzionato

In qualità di: ☐ Moderatore ☒ Relatore ☐ Formatore
☐ Tutor ☐ Docente ☐ Responsabile scientifico

Ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017 e dell'Allegato G, sub lett. g) del Manuale di accreditamento e delle verifiche del provider ECM nella Provincia Autonoma di Trento ed. 2023, consapevole delle sanzioni penali richiamate all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

DICHIARA

☒ di non aver avuto, negli ultimi due anni, nessun rapporto commerciale o finanziario con soggetti portatori d'interessi commerciali in campo sanitario;

☐ che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti, anche di finanziamento, con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario (indicare di seguito i soggetti coinvolti):

☐ IN QUALITA' DI DIPENDENTE DI ALTRO ENTE PUBBLICO, l'assenza di conflitto di interessi ai sensi e per gli effetti degli artt. 5, 6 e 7 del D.P.R. 62/2013, per quanto compatibili;

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento – Cod. Fisc. 80013290228

☒ di essere informato che ai sensi dell'art. 15, comma 1 del D. Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Amministrazione, unitamente al curriculum vitae, in apposita sezione (Amministrazione trasparente/Consulenti e collaboratori);

☒ di essere informato che i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa in occasione di questo specifico evento formativo.

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo Generale per la protezione dei dati personali GDPR 2016/679, autorizzo il trattamento dei miei dati personali da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento al fine dell'utilizzo dei dati stessi per fini ECM, tra cui la pubblicazione del proprio curriculum (presente all'interno del programma) nella banca dati del sito www.ecmtrento.it, accessibile a tutti gli utenti e la Trasmissione alla Provincia Autonoma di Trento di tutti i dati necessari per la compilazione dei moduli elenco e recapiti delle anagrafiche dei partecipanti interni ed esterni, così come previsto nella forma di registrazione degli eventi secondo il Programma Nazionale e provinciale di Educazione Continua in Medicina e per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, nei limiti indicati dall'informativa acquisita.

Si allega alla presente:

- **Documento di identità in corso di validità;**

DATA _____ **FIRMA** _____

L'originale del presente documento, con firma autografa, è conservato nel protocollo digitale dell'OMCeO di Trento.