



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

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

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSE
Moderatore/Relatore/Formatore/Tutor/Docente/Responsabile scientifico

Il sottoscritto/a ANNAUSA CAMPOMORI
Nato/a a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ CAP _____ Città _____
Professione: DIRETTRICE VO FARMACIA OSPEDALIERA
Disciplina: FARMACIA
E-mail: _____ Cellulare: _____
Istituzione di appartenenza/Ente: _____
Indirizzo Istituto/Ente: _____
CAP _____ Città Istituto/Ente _____
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 dei 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 avere 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:

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 l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento al fine dell'utilizzo dei dati stessi per fini ECM, tra cui (compilazione del modulo di partecipazione al corso) nella banca dati del sito www.ecm.trento.it, accessibile a tutti gli utenti e la Trasmissione alla Provincia Autonoma di Trento dei moduli elenco e recapiti delle anagrafiche dei partecipanti interni ed esterni, così come previsto nella forma di registri di Educazione Continua in Medicina e per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, nei limiti indicati dall'informatica.

autorizzo l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento al fine dell'utilizzo dei dati stessi per fini ECM, tra cui (compilazione del modulo di partecipazione al corso) nella banca dati del sito www.ecm.trento.it, accessibile a tutti gli utenti e la Trasmissione alla Provincia Autonoma di Trento dei moduli elenco e recapiti delle anagrafiche dei partecipanti interni ed esterni, così come previsto nella forma di registri di Educazione Continua in Medicina e per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, nei limiti indicati dall'informatica.

DATA 13.09.2023

FIRMA _____