



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
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 CRISTOFOLINI PAOLO
Nato/a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ CAP _____ Città _____
Professione: MEDICO CHIRURGO
Disciplina: CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
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 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 (presente all'interno del programma) nella banca dati del sito www.ecmtrento.it, accessibile a tutti gli utenti e la Trasmissione alla Prc (presente all'interno del programma) per la compilazione dei moduli elenco e recapiti delle anagrafiche dei partecipanti interni ed esterni, così come previsto nella forma di ngramma Nazionale e provinciale di Educazione Continua in Medicina e per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, nei limiti indicati dall

DATA 12.10.23

FIRMA _____