



**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
moderatore/relatore/formatore/tutor/docente/responsabile scientifico**

Il sottoscritto MATTEO GIULIANI

nato a

residente in via

Professione: MEDICO

Disciplina: MEDICINA DI BASE

E-mail

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):

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 P
Continua in Medicina e per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, nei limiti indicati dall'informativa acquisita.

DATA 11/10/2025

FIRMA _____