



**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 **ORTOLANI DANIELE**

nato

residente in

Professione: **MEDICO**

Disciplina: **MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

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.

Al sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo Generale per la protezione dei dati personali GDPR 2016/679, autorizzo il tratto: Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento al fine dell'utilizzo dei dati stessi per fini ECM, tra cui la pubblicazione del p banca dati del sito www.comtrento.it, accessibile a tutti gli utenti e la Trasmissione alla Provincia Autonoma di Trento di tutti i d delle anagrafiche dei partecipanti interni ed esterni, così come previsto nella forma di registrazione degli eventi secondo il Prc Medicina e per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, nei limiti indicati dall'informativa acquisita.

DATA 16/12/25

FIRMA _____