



METIS  
 Società scientifica  
 di medici  
 di medicina generale  
 socio unico FIMMG  
 Piazza G. Matteotti, 25  
 00144 Roma  
 tel. 0654896627  
 fax 0654896647  
 metis@fimg.org  
 P.I. 05344721005

Corso Pratico di ecografia clinica Modulo VI

19 - 20 OTTOBRE 2024

c/o Hotel "IL NOVECENTO"

Via G. V. Menotti, 62 - 33072 Casarsa della Delizia PN

ECM 247-425787

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)

di

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a GERGIO RICCI TELLI  
 nato/a a VIPO DI ASIO (Prov. PN) il  
13-8-54 residente a SEVIALS  
 (Prov. PN) in via FRANKI R A  
 C.F. ACC SAG 54 M 13 M 085 E

- In qualità di
- Moderatore
  - Relatore,
  - Tutor,
  - Docente,

ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo StatoRegioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5. del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

dichiara

che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:  
(inserire nome azienda)

.....  
 .....  
 .....

Data 01/03/24

Firma [firma]

## Corso Pratico di ecografia clinica Modulo VI

19 - 20 OTTOBRE 2024

c/o Hotel "IL NOVECENTO"

Via G. V. Menotti, 62 - 33072 Casarsa della Delizia PN

ECM 247-425787

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)

di

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a ZADIRO GIOVANNI  
nato/a LECCE (Prov. LE) il  
28/09/1954 residente a PRAMAGGIORE  
(Prov. VE) in via MARTIRI DELLA LIBERTÀ - 22  
C.F. ZDRGNN54P28E506Q

In qualità di

- Moderatore
- Relatore,
- Tutor,
- Docente,

ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo StatoRegioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5. del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

dichiara

che negli ultimi due anni **non ha avuto** rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

(inserire nome azienda)

.....  
.....  
.....  
.....

Data 14/10/2024

Firma 