



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

Scuola Nazionale di Vaccinologia in Medicina Generale Guida pratica alla vaccinazione  
antinfluenzale nei setting della medicina di famiglia

webinar

19 ottobre 2024

**AUTOCERTIFICAZIONE**

(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)

di

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a .....ELISABETTA ALTI....., nato/a a  
.....FIRENZE..... (Prov .....FI.....) il 12/06/1959 e residente a GREVE IN  
CHIANTI FI in via .....Della Chiesa 62.....  
C.F. ....LTALBT59H52D612X.....

In qualità di

- Moderatore
- X 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

- X 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)

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

*Elisabette Alt'*

Data .....14/10/2024

Firma .....



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

**Scuola Nazionale di Vaccinologia in Medicina Generale  
Guida pratica alla vaccinazione antinfluenzale nei setting  
della medicina di famiglia**

webinar

19 ottobre 2024

**AUTOCERTIFICAZIONE**

(ai sensi del DPR .28/12/2000 n°445)

di

**DICHIARAZIONE**

Il/la sottoscritto/a DORIANA BERTAZZO  
nato/a a CARLIANA (Prov PA) il  
..... residente a CALZOLLO  
(Prov PA) in via GRASCI, 24  
C.F. BRTDAN62D64C406Q

- 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 18/10/24

.....

Firma  
  
Dott. DORIANA BERTAZZO  
Medico chirurgo-Medico di medicina generale  
Via Cusatoza, 6 - VOLTA MANTOVANA  
Tel. 0376 83040  
COD. Reg.: 45840  
d.bertazzo@libero.it

Scuola Nazionale di Vaccinologia in Medicina Generale Guida pratica alla  
vaccinazione antinfluenzale nel setting della medicina di famiglia

webinar

19 ottobre 2024

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)

di

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a Paolo MORATO  
nato/a Paolo a TORINO (Prov. TO) il  
20/11/66 residente a TORINO  
(Prov. TO) in via Vespucci 41 B  
C.F. MRTPLA66A20L219B

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

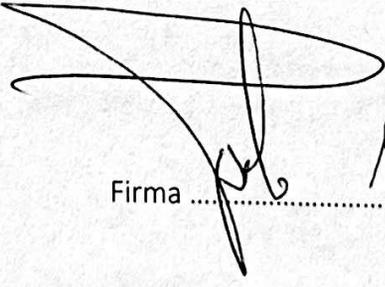
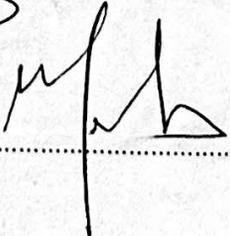
dichiara

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 13/10/24

Firma  

Scuola Nazionale di Vaccinologia in Medicina Generale Guida pratica alla  
vaccinazione antinfluenzale nei setting della medicina di famiglia

webinar

19 ottobre 2024

**AUTOCERTIFICAZIONE**

(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)

di

**DICHIARAZIONE**

Il/la sottoscritto/a ORSI ANDREA nato/a a GENOVA (Prov GENOVA) il 20/07/1980 residente a SERRA RICCÒ (Prov GE) in via PASQUALE RONCO 27/3 C.F. RSONDR80L20D969V

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)  
SEQIRUS, MSD, SANOFI, GSK, PFIZER, MODERNA, NOVAVAX, JANSSEN

Data 15/10/2024

Firma .....

