

CORSO TEORICO E PRATICO PER L'USO DELLA VISITA ECOASSISTITA
IN MEDICINA GENERALE

19 OTTOBRE 2024

Hi Hotel Bari - HO Collection

Via Don Guanella, 15/L - 70124 - Bari

ECM 247- 411256

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)

di

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a ERASMO DI NACIO
nato/a SAZIA (Prov LS) il
12/04/1960 residente a GENA
(Prov GE) in via ROMA 75
C.F. MERSM60D125843W

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 30/07/2024

Firma [Signature]



METIS
Societa' scientifica
dei medici
di medicina generale
socio unico FIMMG
Piazza G. Marconi, 25
00144 Roma
tel. 0654896627
fax 0654896647
metis@fimmg.org
P.I. 05344721065

CORSO TEORICO E PRATICO PER L'USO DELLA VISITA ECOASSISTITA
IN MEDICINA GENERALE

19 OTTOBRE 2024

Hi Hotel Bari - HO Collection

Via Don Guanella, 15/L - 70124 - Bari

ECM 247- 411256

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)

di

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a GUERRUCCI VINCENZO
nato/a a Ceccano (Prov FR) il
17-1-55 residente a Ceccano
(Prov FR) in via Madama del Carmine 102
C.F. GRRVCM55L19C4131

- 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 6/8/24

Firma [Signature]