



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

**CORSO PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE
TUTORI DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN
MEDICINA GENERALE**

AUTOCERTIFICAZIONE
(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)
di
DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a ALDO MOZZONE
nato/a a TORINO (Prov. TO) il
22 06 1957 residente a TORINO
(Prov. TO) in via C. SALVEMINI 10
C.F. MZZLDA57H22L219K

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 16 09 2024

Firma

**CORSO PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE
TUTORI DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA
GENERALE**

AUTOCERTIFICAZIONE
(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)
di
DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a GIACOMO DI LASCIO
nato/a a LAURIA (Prov. PZ) il
..... 30-06-1953 residente a LAURIA
(Prov. PZ) in via IV. TRAV. PROV. LE MELARA, 15
C.F. DLSGCM53H30E483O

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

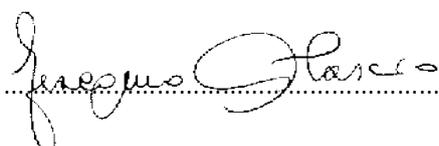
dichiara

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 6-9-2024

Firma 

CORSO PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE TUTORI DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

AUTOCERTIFICAZIONE
(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)
di
DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a ANDREA PIZZARI
nato/a a TORINO (Prov TO) il
20-02-1962 residente a TORINO
(Prov TO) in via CORSO CHIERI 181
C.F. PZZARD62B09L219I

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 19/09/2024
.....

Firma 