



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

**83° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG – METIS 2025**  
RESIDENZIALE 06 ottobre 2025 – 11 ottobre 2025  
20 ottobre 2025 – 20 novembre 2025

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

Il/la sottoscritto/a SACCHELLI U.D.A.  
nato/a a PAPUA (Prov. PN) il  
09.02.1989 residente a BOLOGNA  
(Prov. BO) in via S. STEFANO 83  
C.F. SCCLN189L49633Z

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 Bologna 22/9/25

Firma



FIMMG  
 Società Scientifica  
 di medici  
 di medicina generale  
 iscritta al Registro FIMMG  
 Piazza G. Matteotti, 25  
 00144 Roma  
 Tel. 0654296627  
 Fax 0654296627  
 fimmg@fimmg.org  
 P.I. 05310721005

**83° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG – METIS 2025**  
**RESIDENZIALE 06 ottobre 2025 – 11 ottobre 2025**  
**20 ottobre 2025 – 20 novembre 2025**

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

Il/la sottoscritto/a IUAN CARRARA  
 nato/a a ROATE SOR. PIETRO (Prov. PC) il  
08/11/1988 residente a ROATE SOPRA  
 (Prov. PC) in via ROMA 55  
 C.F. CORRUSO88080160

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

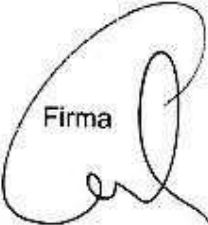
dichiara

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 16.9.25

Firma  


## 83° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG – METIS 2025

RESIDENZIALE 06 ottobre 2025 – 11 ottobre 2025

FAD 20 ottobre 2025 – 20 novembre 2025

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)

di

DICHIARAZIONE

#/la sottoscritte/a EUADA MECO  
nate/a a ALBANIA (Prov. EE) il  
03/04/1989 residente a FIANO ROMANO  
(Prov. RM) in via MILANO, 29  
C.F. MCEDEU89D49Z100R

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 18/09/2025

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

## 83° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG – METIS 2025

RESIDENZIALE 06 ottobre 2025 – 11 ottobre 2025

FAD 20 ottobre 2025 – 20 novembre 2025

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del DPR 28/12/2000 n°445)

di

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto CAVALLARI MATTEO nato a ROMA (Prov RM) il 29/09/1986 residente a NESPOLO

(Prov RI.) in via ROMAN 105, CAP 02020 C.F. CVLMTT86P29H501Q

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 .....

18/09/2025

Firma .....