



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
 della scuola FIMMG
 Piazza G. Matteotti, 25
 00144 Roma
 tel. 0654896627
 fax 0654896627
 www.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. CORRUSSORGI160

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

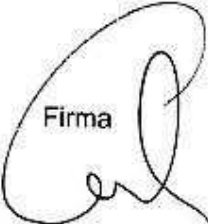
dichiara

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 