

 FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri	ORDINE PROVINCIALE DI FROSINONE
---	--

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSE

Moderatore/Relatore/Tutor/Docente/Responsabile Scientifico

EVENTO _____ DEL _____

Il sottoscritto/a _____ **ROBERTO MOCCALDI** _____
 Nato/a a _____ **ROMA** _____ il **22/04/1959** Codice Fiscale _____ **MCCRRT59D22H501V** _____
 Residente in _____ **VIA ISIDORO DEL LUNGO 7** _____ Cap _____ **00137** Città _____ **ROMA** _____
 Professione: _____ **MEDICO CHIRURGO** _____
 Disciplina: _____ **MEDICINA DEL LAVORO** _____
 E-mail: _____ **roberto.moccaldi@cnr.it** _____ Cellulare: _____ **3204328788** _____
 Istituzione di appartenenza/Ente: _____ in quiescenza dal **1.1.2025** dal CNR – Attualmente Presidente
 AIRM. Indirizzo AIRM: _____ **VIA ISIDORO DEL LUNGO 7** _____
 Cap. _____ **00137** Città: _____ **ROMA** _____
 Inquadramento professionale: ☒ **Libero Professionista** [] Dipendente [] Convenzionato in qualità di

[] Moderatore

[] Relatore

[] Tutor

☒ **Docente**

[] Responsabile Scientifico

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18, 19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, consapevole delle sanzioni penali richiamate all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni nessun rapporto commerciale o finanziario con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario
 [] che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolgo in occasione di questo specifico Evento Formativo.

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03 autorizzo il trattamento dei miei dati personali da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di _____ al fine dell'utilizzo dei dati stessi per fini ECM tra cui la pubblicazione del proprio curriculum (presente all'interno del file del programma) nella Banca Dati del sito ECM, accessibile a tutti gli utenti, e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti", così come previsto nella forma di registrazione degli eventi secondo il Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina e per le finalità istituzionali, connesse o strumentali nei limiti indicati dall'informativa acquisita.

DATA 27 gennaio 2025

FIRMA

