

Spett.le **MEDI K SRL**

VIA BREDA 30, 35101 LIMENA (PADOVA)

Fax: 049-2106351 E-MAIL c.abrahamsohn@medik.net

In relazione all'Evento "Corso Simfer 10-18 Clinica in Medicina Manuale - diagnosi di trattamento", Pavia 23 giugno 2017

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO

A _____ IL _____

**CODICE
FISCALE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza (indirizzo) _____

Cap _____ Città _____ PROV _____

Recapito telefonico _____ Cell _____

Email _____ @ _____

Professione _____ Disciplina _____

Ordine o Collegio Associazione Professionale _____ della provincia o Regione
_____ PROV. in cui opera prevalentemente _____

Profilo lavorativo attuale: Dipendente del SSN Convenzionato del SSN

Libero professionista in ambito sanitario Altro (specificare) _____

DICHIARA DI ACCETTARE L'INCARICO A TITOLO GRATUITO COME RELATORE/MODERATORE DELL'EVENTO IN OGGETTO.

AUTOCERTIFICAZIONE

D I C H I A R A inoltre, ai sensi dell'art. 76 sul Conflitto di Interessi, pag. 34 dell'Accordo TRA IL Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento LA FORMAZIONE CONTINUA NEL SETTORE "SALUTE", per conto del Provider Medi K (n.41,), in qualità di direttore/docente/moderatore al Corso in oggetto, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e presto il consenso alla pubblicazione dei miei dati personali nell'applicazione ECM.

Firma _____