



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSE
Moderatore/Relatore/Formatore/Tutor/Docente/Responsabile scientifico

Il sottoscritto/a Maria Mongardi
Nato/a a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ CAP _____ Città _____
Professione: Infermiere - Assegnista di Ricerca
Disciplina: Scienze Infermieristiche
E-mail: _____ Cellulare: _____
Istituzione di appartenenza/Ente: / _____
Indirizzo Istituto/Ente: _____
CAP _____ Città Istituto/Ente _____

Inquadramento professionale: Libero professionista Dipendente Convenzionato

In qualità di:
 Moderatore
 Relatore
 Formatore
 Tutor
 Docente
 Responsabile Scientifico

Ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017 e dell'Allegato G sub lett. g) del Manuale di accreditamento e delle verifiche dei provider ECM nella Provincia Autonoma di Trento ed. 2023, 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 d'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 in occasione di questo specifico Evento Formativo.

Al sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo Generale per la protezione dei dati personali GDPR 2016/679 (in seguito al presente programma) nella banca dati del sito www.ecmtrento.it, accessibile a tutti gli utenti e la Trasmissione a moduli elenco e recapiti delle anagrafiche dei partecipanti interni ed esterni, così come previsto nella fca di Educazione Continua in Medicina e per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, nei limiti indica

line del
mo del
one del
vinciale

DATA 4 ottobre 2024

FIRMA _____



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228

AFFIDAMENTO INCARICO

Trento, 13 settembre 2024

COGNOME E NOME: MONGARDI MARIA

INDIRIZZO DI RESIDENZA COMPLETO: VIA MASCAGNI, 3 IMOLA - BOLOGNA

CODICE FISCALE: MNGMRA55A60E289A

INIZIATIVA FORMATIVA OGGETTO DELL'INCARICO (titolo evento):

ANTIBIOTICO RESISTENZA 2024: LO STATO DELL'ARTE

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E RIFLESSIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

INCARICO AFFIDATO (docenza, tutoraggio, etc.): PARTECIPAZIONE ALLA TAVOLA ROTONDA

SEDE FORMATIVA (luogo di svolgimento dell'incarico): SALA NEST – VIA SOLTERI, 97 38121 TRENTO

TEMPI DI SVOLGIMENTO: 12 OTTOBRE 2024

COMPENSO: INCARICO SVOLTO IN FORMA GRATUITA

RISPETTO DELLA PRIVACY

Tutti i dati e le informazioni dei quali l'incaricato entrerà in possesso nello svolgimento del rapporto dovranno essere considerati riservati e dovranno essere utilizzati nel rispetto del regolamento UE 2016/679.

RISPETTO DELLA PRIVACY

Tutti i dati e le informazioni dei quali l'incaricato entrerà in possesso nello svolgimento del rapporto dovranno essere considerati riservati e dovranno essere utilizzati nel rispetto del regolamento UE 2016/679.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto il testo completo dell'informativa privacy disponibile al seguente link <https://www.ordinemedicitn.it/wp-content/uploads/2024/08/INFORMATIVA-FORNITORI-.pdf> e in particolare di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La S.V. rispetto al presente incarico dovrà **esprimere formale accettazione.**

Qualora Lei sia dipendente da altro Ente le rammentiamo di ottemperare direttamente ai vincoli e alle procedure previste dagli ordinamenti in vigore presso l'Ente di appartenenza in merito all'accettazione dell'incarico stesso.

Al termine dell'incarico, se previsto, dovrà presentare regolare nota di richiesta di rimborso spese secondo la modulistica allegata.

PER ACCETTAZIONE INCARICO Data 4 OTTOBRE 2024

Firma



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228

**DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DI MATERIALE FORMATIVO DEI
DOCENTI E/O IMMAGINI FOTOGRAFICHE E RIPRESE VIDEO**

Realizzati nell'ambito dell'evento

ANTIBIOTICORESISTENZA 2024: LO STATO DELL'ARTE

data 12 ottobre 2024

Il sottoscritto Maria Mongardi, nato a Imola,
il 20/01/1955, residente in Imola,
via Mascagni, n. 3,
C.F. MNGMRA55A60E289A con la presente dichiarazione formalmente

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

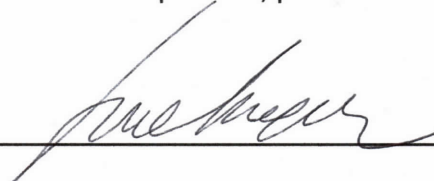
L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Trento, con sede in Trento, via Valentina Zambra, n. 16 nella persona del rappresentante legale *pro tempore*, all'utilizzo, conservazione, diffusione, divulgazione, pubblicazione, con ogni strumento su carta stampata e/o su altro mezzo automatizzato, del materiale didattico (slides, dispense ecc..) e/o delle immagini fotografiche e riprese video eseguite in relazione all'attività/evento sopra indicato, per scopi formativi/curricolari/informativi, a titolo gratuito e senza limiti di tempo.

Tali immagini o riprese potranno essere utilizzate per effettuare reportage dell'evento o per pubblicizzare e promuovere altri eventi in programma. Le immagini potranno essere diffuse attraverso il Bollettino di informazione "Medico Trentino", sul portale web dell'Ordine, sui quotidiani e sulle emittenti televisive nazionali e locali, social network e altri siti internet di partners istituzionali. I summenzionati materiali sono utilizzati per il solo e specifico fine indicato e, comunque, senza che da ciò possa derivare pregiudizio alcuno alla dignità e al decoro della persona.

Con la presente dichiarazione il sottoscritto dichiara di non vantare alcun diritto o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato e dichiara, altresì, di sollevare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Trento, da qualsiasi responsabilità civile e/o penale derivante dal trattamento delle immagini fotografiche e riprese video effettuate per i fini sopra indicati.

Il sottoscritto presta il suo consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra descritte, essendo consapevole che il consenso reso con la presente dichiarazione, ai sensi dell'articolo 7 del Regolamento Europeo 2016/679 sul trattamento dei dati personali, può essere revocato in ogni momento.

Firma per accettazione e consenso

 DATA 4 OTTOBRE 2024