

ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI P E S C A R A



2° CONVEGNO NAZIONALE

UNICA NEL SUO GENERE

Parliamo di Medicina di Genere e Violenza di Genere

Venerdì 19 Giugno 2026 ore 15,00/19,30

Sabato 20 Giugno 2026 ore 8,30/14,00

presso Auditorium Petruzzì - Via delle Caserme, 60 - PESCARA

Accreditato ECM per n. 100 Medici Chirurghi e Odontoiatri

Evento n. - Provider 2603

n. crediti ECM

Obiettivo formativo:

33. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema

EVENTO APERTO ALLA CITTADINANZA

Venerdì 19 Giugno 2026

15.00 Registrazione partecipanti

Dr. Filippo Anelli - *Presidente FNOMCeO*

Dr.ssa Maria Assunta Ceccagnoli - *Presidente OMCeO Pescara*

Dr.ssa Anna Maria Cardone - *Presidente CAO Pescara*

15.30 **Saluto delle Autorità**

1ª Sessione: La Medicina di Genere: attenzione al genere!

Moderatori: Dr.ssa Maria Assunta Ceccagnoli - Presidente OMCeO Pescara

16.00 **Evoluzione della Medicina di Genere: dalle origini alla medicina personalizzata**

Dr. Franco Lavallo - Vice Presidente Omceo Bari / Delegato Fnomceo per la Medicina di Genere

16.30 **Medicina di Genere in cardiologia**

Dr.ssa Paola Pasqualini - Presidente OMCeO Grosseto - Cardiologa

17.00 **La Formazione: attenzione al genere!**

Dr. Roberto Monaco - Presidente OMCeO Siena e Segretario Nazionale FNOMCeO

17.30 **Numeri e divari: la presenza femminile nell'Università "G. D'Annunzio", dall'immatricolazione alla progressione della carriera**

Prof.ssa Giovanna Iezzi - Ordinario Dipartimento Scienze Mediche, Orali e Biotechnologiche Università G. D'Annunzio CH-PE

18.00 **Il disordine temporo-mandibolare è un disturbo di genere?**

Prof.ssa Annalisa Monaco - Ordinario Malattie Odontostomatologiche Università AQ

Resp. Reparto "Ortodonzia Biodinamica" Clinica Odontoiatrica Università AQ

18.30 **Le differenze di Genere nelle malattie respiratorie**

Dr. Marco Casaccia - Direttore UOC Chirurgia Toracica ASL Pescara - Consigliere OMCeO Pescara

19.00 **Che genere di sorriso hai? Ortodonzia e medicina di genere**

Dr. Fabio Ciuffolo - Referente culturale CAO OMCeO Pescara

19.30-20.00 **Discussione e fine lavori prima giornata**

8.30 Saluti Istituzionali

Dr.ssa Maria Assunta Ceccagnoli - *Presidente OMCeO Pescara*

II° Sessione: La Violenza di Genere, la violenza assistita, la violenza digitale e non solo...

Moderatori: Dr.ssa Elena Paciaffi - Componente CAO Pescara

Dr.ssa Maria Assunta Ceccagnoli - Presidente OMCeO Pescara

9.00 La violenza assistita

Dott.ssa Anna Rita Mantini - *Procuratore Aggiunto della Repubblica*

9.40 La violenza assistita: il ruolo dei centri anti violenza

Avv. Daniela Gagliardone - *Presidente Associazione ANANKE*

Dott. Danilo D'Addazio - *Psicoterapeuta CUAV ITINERE Comune Pescara*

10.00 La sindrome del bambino scosso o shaken baby syndrome

Dr.ssa Rita Greco - *Dirigente Medico UOC Pediatria ASL Pescara*

11.00 Confronto/Dibattito

III° Sessione: Prevenire la violenza

Moderatori: Dr.ssa Anna Maria Cardone - Presidente CAO Pescara

Dr. Renato Seller - Presidente CAM OMCeO Pescara

11.30 Imprenditoria femminile

Valorizzazione delle imprese guidate da donne

Dott. Gennaro Strever - *Presidente Camera di Commercio Chieti-Pescara*

Stefania Bosco - *Imprenditrice*

12.00 Prima che la violenza accada

Luca Battaglia - *Operatore Centro per Uomini Autori di Violenza (CUAV)*

12.30 La violenza delle parole

Dott.ssa Marina Marinucci - *Presidente Ordine dei Giornalisti d'Abruzzo*

ore 13.00-13.30 **Discussione**

ore 13.30-14.00 **TEST DI VALUTAZIONE**

Segr. Organizzativa: Segreteria Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Pescara
Responsabili Scientifici: Dr.ssa Maria Assunta Ceccagnoli, Dr.ssa Anna Maria Cardone, Dr. Franco Lavallo

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
LUCA BATTAGLIA	COUNSELOR RELAZIONALE		LIBERA PROFESSIONE	CONSULENTE QUALIFICATO PRESSO IL CONSULTORIO FAMILIARE UCIPEM PESCARA NEL RUOLO PROFESSIONALE DI COUNSELOR E REFERENTE DELLE ATTIVITÀ DELLA RETE NONVIOLENTA. NEL 2007 LAUREA IN ECONOMIA (CLASSE 28), SPECIALIZZAZIONE ECONOMIA INFORMATICA CON LA VALUTAZIONE DI 106/110 PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI G. D'ANNUNZIO CHIETI-PESCARA.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679, art. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni costituiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: _____

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM.

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario.

OPPURE

☒ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____

Data e luogo di sottoscrizione: _____ Pescara 4.4.2026 _____

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
STEFANIA BOSCO	IMPRENDITRICE	AMMINISTRAZIONE FINANZA MARKETING		<u>PRESIDENTE ED AMMINISTRATORE DELLE STORICHE CANTINE BOSCO NESTORE</u>
				CONSIGLIERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE "MARINA DI PESCARA"
				CONSIGLIERE SEZIONE AGROALIMENTARE CONFINDUSTRIA ABRUZZO MEDIO ADRIATICO
				CONSIGLIERE DEL C.I.F. COMITATO IMPRENDITORIALE FEMMINILE CHIETI PESCARA
				SOCIA FONDATRICE E COMPONENTE DEL DIRETTIVO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE "LE DONNE DEL VINO" REGIONE ABRUZZO

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall' art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l' informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; art. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: _____

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di: Imprenditore Privato

☐ Docente

☐ Moderatore

☐ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____

Data e luogo di sottoscrizione: PERARA 06/05/2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
ANNA MARIA CARDONE	ODONTOLATRA	ODONTOLATRIA	LIBERA PROFESSIONE	ODONTOLATRA LIBERO PROFESSIONISTA, LAUREATA IN MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "LA SAPIENZA" DI ROMA IL 20.12.1983. <i>con diploma e laurea</i> PERFEZIONATA IN "PARODONTOLOGIA CLINICA" NEL 2004, "PEDODONZIA" NEL 2006; "OZONOTERAPIA IN ODONTOSTOMATOLOGIA" NEL 2007, "CHIRURGIA IMPLANTARE AVANZATA" NEL 2010. DAL 2021 AD OGGI PRESIDENTE CAO OMCEO PESCARA.

Il provider, ai sensi dell' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679, artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formare il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;



CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: _____

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

- ☐ Docente
☒ Moderatore
☐ Relatore
☐ Tutor / formatore
☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____

Data e luogo di sottoscrizione: 05/05/2026, PENNE

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
MARCO CASACCIA	MEDICO CHIRURGO	CHIRURGIA TORACICA	ASL PESCARA	DIRETTORE U.O.C. CHIRURGIA TORACICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI PESCARA DAL 20.01.2022 AD OGGI. CONSIGLIERE ORDINE MEDICI PESCARA DAL 2021 AD OGGI. LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" DI CHIETI IL 15.01.1987. SPECIALIZZATO IN "CHIRURGIA GENERALE" PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" DI CHIETI IL 21.10.1992. SPECIALIZZATO IN "CHIRURGIA TORACICA" PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" DI CHIETI IL 24.11.2003.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679, artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Reg. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM),
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a fornirne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

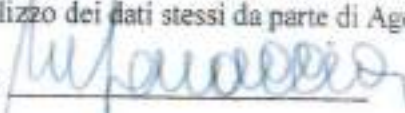
CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: 

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☐ Relatore

☐ Tutor / formatore

☒ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: 

Data e luogo di sottoscrizione: Pesaro, 21.03.2015

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
MARIA ASSUNTA CECCAGNOLI	MEDICO CHIRURGO	IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	LIBERA PROFESSIONE	LAUREATA IN MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "LA SAPIENZA" DI ROMA IL 29.11.1980. SPECIALIZZATA IN "MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE" PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "LA SAPIENZA" DI ROMA IL 10.07.1984. SPECIALIZZATA IN "IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA" PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" DI CHIETI IL 08.07.1987. GIÀ RESPONSABILE CUP E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE AZIENDALE DELLA ASL DI PESCARA. GIÀ RESPONSABILE CUP E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE AZIENDALE DELLA ASL DI PESCARA. PRESIDENTE OMCEO PESCARA DAL 2018 AD OGGI. COORDINATRICE NAZIONALE FNOMCEO GRUPPO DI LAVORO VIOLENZA DI GENERE.

il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679, art. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute", Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni costituiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

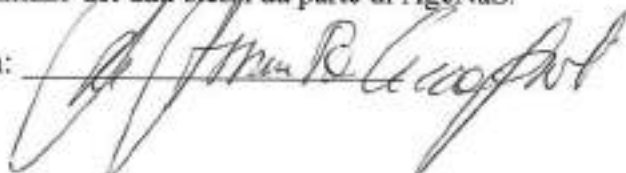
ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma:



AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☒ Moderatore

☐ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

~~DICHIARA~~

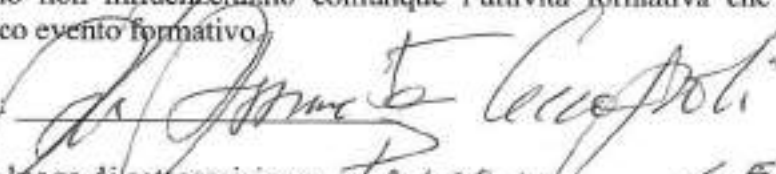
☒ ~~di non avere avuto~~, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma:



Data e luogo di sottoscrizione:

Tescore, 4.5.2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
FABIO CIUFFOLO	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERA PROFESSIONE	ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA, DOTTORE DI RICERCA, SPECIALISTA IN ORTOGNATODONZIA, REFERENTE CULTURALE CAO OMCEO PESCARA.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l' "informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formare il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: _____

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ *di non avere avuto*, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ *di avere avuto*, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____

Data e luogo di sottoscrizione: MONTESILVANO, 04-05-2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE -ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Gagliardone Daniela	Avvocata		Ordine degli Avvocati di Pescara	Avvocata iscritta presso l'Ordine degli Avvocati di Pescara. Abilitata al patrocinio davanti alle Giurisdizioni Superiori. Attuale Presidente dell'Associazione Annanke con formazione pregressa sulla violenza di genere. Già relatrice in convegni e seminari sul tema. 2019 – 2020 – 2021 – 2022 – 2023 – 2024 -2025-2026 Iscritta all'AlAF – Associazione Italiana degli Avvocati per la famiglia e per i minori. Eventi formativi 2025 30.06.2025 Corso di formazione online organizzato da Unid S.r.l. "Cyber-stalking - Revenge porn - Sextortion" (50 ore). 2024 12.12.2024 Evento formativo organizzato dall'Assessorato alle Politiche Sociali e per la Famiglia del Comune di Pescara e dall'Associazione ANANKE: "Violenza di genere in ambito familiare e bigenitorialità. Una questione controversa?" (4 ore). 25.05.2024, Corso organizzato dall'Associazione Nazionale Volontarie del Telefono Rosa "Moduli Rosa – Formazione e-learning specialistica per tutte le professionalità che a vario titolo entrano in contatto con i minori vittime di violenza assistita o con minori orfani di criminali domestici" (18 ore). 14.04.2024, Corso di formazione organizzato da AlAF Abruzzo, AlAF Emilia Romagna, AlAF Lombardia "Aggiornamento il nuovo rito unico delle persone, dei minori e delle famiglie" (16 CF). 20.01.2024, Evento organizzato dall'Ordine degli Psicologi d'Abruzzo e dall'Associazione Annanke "Violenza di genere solo una questione culturale? Esperienze e riflessioni a confronto" (7 ore). 2023

					2003 - LAUREA IN GIURISPRUDENZA (Vecchio ordinamento) con elaborato finale nell'ambito del diritto amministrativo dal titolo <i>"Regime giuridico dei parchi nazionali"</i> c/o l'Università degli Studi di Padova. Conoscenza approfondita delle materie civilistiche, penalistiche ed amministrative, in riferimento sia al diritto sostanziale, sia al diritto processuale.
					1994 - DIPLOMA DI LICEO SCIENTIFICO Sede distaccata di Popoli (PE) del Liceo Scientifico "Leonardo da Vinci" di Pescara.
					In regola con l'assolvimento dell'obbligo formativo a carico degli avvocati iscritti all'albo mediante l'assidua frequentazione dei corsi di approfondimento e dei seminari organizzati dal Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Pescara e dalla Fondazione "Forum Ateni".

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall' art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. J) Manuale Nazionale di Accrediatamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni costituiscono a formare il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

Firmato digitalmente da: GAGLIARDONE
DANIELA
Ruolo: Avvocato
Data: 30/04/2026 17:41:37

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La sottoscritta, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: Avv. Daniela Gagliardone

Firmato digitalmente da: GAGLIARDONE
DANIELA
Ruolo: Avvocato
Data: 30/04/2026 17:05:10

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

La sottoscritta, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Data e luogo di sottoscrizione: Pescara, li 30 aprile 2026

Firma: Avv. Daniela Gagliardone

Firmato digitalmente da: GAGLIARDONE
DANIELA
Ruolo: Avvocato
Data: 30/04/2026 17:05:11

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Vita Greco	Diagnosta Medico	Medico Pediatra	ASL Firenze	Diagnosta Medico Doc di Pediatria

- Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:
- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; art. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
 - di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formare il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: Rita Greco

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: Rita Greco

Data e luogo di sottoscrizione: 4.5.26 Isolate

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Giovanna Iezzi	Professore Ordinario	Scienze Delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche, Assistenziali E Della Prevenzione	Università Gabriele D'Annunzio Chieti Pescara	Laureata in Odontoiatria e PD, Dottore di Ricerca e Specialista in Ortognatodonzia. Professore Ordinario, Direttore del Laboratorio di Istologia Implantare e Presidente del Cds in Osteopatia. Coautrice di circa 387 articoli (10,310 citazioni e 49 H-index , SCOPUS, maggio 2026) su riviste internazionali peer-reviewed e relatrice in Congressi in Italia e all'estero. È docente presso i corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Igiene Dentale e Osteopatia. Si occupa dello studio delle interazioni del tessuto osseo con i biomateriali utilizzati nella chirurgia rigenerativa ed impianti dentali. Ha diversi anni di esperienza sui modelli animali e campioni biologici prelevati dall'uomo, effettuando sia analisi istologiche qualitative che analisi istomorfometriche. Negli ultimi anni la sua ricerca è volta all'utilizzo di nuove tecnologie per lo studio dell'integrazione di biomateriali nei tessuti molli e duri.

- Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall' art. 76, dichiara:
- di aver fornito all'interessato l'informazione sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
 - di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a fornire il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La sottoscritta, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: 

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

La sottoscritta, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: 

Data e luogo di sottoscrizione: CHIETI 04/05/2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Franco Lavalle	Medico Chirurgo	Chirurgia Generale	OMCeO Bari – Pensionato – Prestazioni occasionali	Vicepresidente OMCeO, Congressista Formatore in MdG

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; art. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formare il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firmato
Firma: digitalmente da

**FRANCO
LAVALLE**

CN = FRANCO
LAVALLE
C = IT

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

___NESSUNO___

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Data e luogo di sottoscrizione: 30/4/2026 BARI

Firmato digitalmente da

**FRANCO
LAVALLE**

CN = FRANCO
LAVALLE
C = IT

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
MANTINI ANNA RITA	PROCURATORE AGGIUNTO DELLA REPUBBLICA		PROCURA DI PESCARA	PROCURATORE AGGIUNTO DELLA PROCURA DI PESCARA. LAUREATA IN GIURISPRUDENZA PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA NEL 1992. E' STATA NOMINATA UDIATORE GIUDIZIARIO CON DM 24.02.1997 E HA SVOLTO IL TIROCINIO GENERICO E MIRATO PRESSO IL TRIBUNALE DI PESCARA. HA CONSEGUITO L'ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE FORENSE A SEGUITO DI ESAME DI ABILITAZIONE PRESSO LA CORTE D'APPELLO DE L'AQUILA NEL 2008.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma:

Anna Rita Mauri

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

- ☒ Docente
☐ Moderatore
☐ Relatore
☐ Tutor / formatore
☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma:

Anna Rita Mauri

Data e luogo di sottoscrizione:

Pescina 27/3/2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Marina Marinucci	Giornalista		Ordine dei Giornalisti D'Abruzzo	Presidente Ordine dei Giornalisti D'Abruzzo
				Giornalista Professionista

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall' art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l' informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, let. j) Manuale Nazionale di Accreditazione per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: Maria Maria

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: Maria Maria

Data e luogo di sottoscrizione: L'AQUILA 6-5-2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Annalisa Monaco	Docente Universitario	Malattie odontostomatologiche MEDS 16/A	Università degli Studi dell'Aquila	Laureata in Odontoiatria nel 1988 presso l'Università dell'Aquila si è specializzata in Ortognatodonzia nel 1992 presso la Seconda Università di Napoli. Dal 2019 è Professore Ordinario in Malattie Odontostomatologiche presso l'Università degli studi dell'Aquila. Nel 2021 è stata eletta Presidente di Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi dentaria E' titolare degli insegnamenti di ortognatodonzia e gnatologia presso l'Università degli Studi dell'Aquila Dal 1999 è responsabile del Reparto dei Disordini Temporo-Mandibolar presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università dell'Aquila. La sua attività clinica è stata sempre focalizzata sulla pratica ortodontica e sul trattamento dei TMD. Autrice di oltre 150 pubblicazioni scientifiche e di diverse monografie, è stata relatrice a numerosi congressi nazionali e internazionali. La sua attività di ricerca è focalizzata da sempre Sulla valutazione elettromiografica e kinesiografica del sistema stomatognatico. Sulle relazioni funzionali e disfunzionali tra il sistema stomatognatico e gli altri sistemi. Sui rapporti tra occlusione e disordini temporo-mandibolari.

Il provider, ai sensi dell' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall' art. 76, dichiara di aver fornito all'interessato l'informazione sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Reg. Atti 14/C/SR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM); di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formare il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma:



AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma:



Data e luogo di sottoscrizione: __L'Aquila 30/04/2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Roberto Monaco	Medico Chirurgo	Medicina Interna	FNOMCeo _ dipendente Azienda USL Toscana Sud Est	Segretario FNOMCeo/ Direttore UOC Qualità e Rischio Clinico – Azienda USL Toscana Sud Est Laurea in Medicina e Chirurgia – Università di Siena Specializzazione in Medicina Interna – Università di Siena Master II livello – Università di Firenze

- Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:
- di aver fornito all'interessato l'informazione sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
 - di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formare il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: _____



ROBERTO
MONACO
05/05/2026
13:00:55
GMT+01:00

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____



ROBERTO
MONACO
05/05/2026
13:00:56
GMT+01:00

Data e luogo di sottoscrizione: 05/05/2026, Roma.

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
ELENA PACIAFFI	ODONTOLATRA	ODONTOLATRIA	LIBERA PROFESSIONE	ODONTOLATRA LIBERO PROFESSIONISTA, LAUREATO IN ODONTOLATRIA E PROTESI DENTARIA PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" DI CHIETI NEL 2015. SPECIALIZZAZIONE IN "ORTOGNATODONZIA" PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" DI CHIETI NEL 2016. COMPONENTE CAO OMCEO PESCARA.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679, art. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accrediatamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: _____

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☒ Moderatore

☐ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____

Data e luogo di sottoscrizione: 30/04/2026 Pescara _____

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Paola Pasqualini	medico	cardiologia	Libera professione	Medico cardiologo libero professionista; laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di Siena nell'anno 1984, specializzazione in cardiologia presso l'Università degli studi di Siena nell'anno 1988, specializzazione in nefrologia presso l'Università degli studi di Siena nell'anno 1991; Dirigente medico cardiologo, responsabile UOS UTIC presso l'Azienda usl sudest Toscana dal 1990 al 31/12/2024; Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Grosseto dal 2021 ad oggi; dall'anno 2022 coordinatrice nazionale Eromeco gruppo di lavoro Medicina di Genere

- Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:
- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accrediatamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
 - di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo da parte di AgeNaS.

Firma: _____

2026/04/30 14:42:39
OPINSEQUIRINI PAOLA
D-IT
2.5.4.61 MASQUILINO
2.5.4.62 MASQUILINO
REDAZIONE

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____

2026/04/30 14:43:29
OPINSEQUIRINI PAOLA
D-IT
2.5.4.61 MASQUILINO
2.5.4.62 MASQUILINO
REDAZIONE

Data e luogo di sottoscrizione: 30/04/2026, Grosseto

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
RENATO SELLER	MEDICO CHIRURGO	MEDICINA GENERALE (Medici di famiglia)	LIBERA PROFESSIONE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASL PESCARA. PRESIDENTE CAM (COMMISSIONE ALBO MEDICI) DELL'OMCEO DI PESCARA. LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA NEL 1978 PRESSO L'UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE. SPECIALIZZATO IN UROLOGIA PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE NEL 1982.

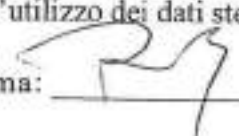
- Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall' art. 76, dichiara:
- di aver fornito all'interessato l' informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; art. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
 - di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: 

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☒ Moderatore

☐ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

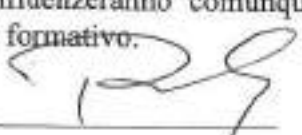
DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: 

Data e luogo di sottoscrizione:

PESCARA, 06/05/2026

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
GENNARO STREVER	PRESIDENTE CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO E AGRICOLTURA CHIETI-PESCARA		CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO E AGRICOLTURA CHIETI-PESCARA	PRESIDENTE CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO E AGRICOLTURA CHIETI-PESCARA DAL 25 GIUGNO 2019. GIÀ CONSIGLIERE DELLA CCIAA DI CHIETI NEI PERIODI DAL 2004 AL 2009 E DAL 2009 AL 2014. DA GENNAIO 2020 E' COMPONENTE DEL TAVOLO DI LAVORO NAZIONALE UNIONCAMERE/UNIONTRASPORTI CONCERNENTE IL "SISTEMA LOGISTICO: PORTI ED INTERPORTI", DA LUGLIO 2020 E' COMPONENTE DEL COMITATO DI GESTIONE DELL'AUTORITÀ DI SISTEMA PORTUALE DEL MARE ADRIATICO CENTRALE. DIPLOMA DI ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 -"La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accrediatamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: _____

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ *di non avere avuto*, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ *di avere avuto*, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____

Data e luogo di sottoscrizione: _____

Perman 30/06/26

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/ LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE -ISTRUZIONE E FORMAZIONE
Danilo D'Addazio	Psicologo	Psicologia/ Psicoterapia	Libero Professionista	Consigliere Onorario - Corte d'Appello - Sez.Minorenni Tribunale dell'Aquila (Triennio 2023-2025 e 2026/2028)
Danilo D'Addazio	Psicologo	Psicologia/ Psicoterapia/ Operatore Cuav	Libero Professionista/ L'Elefante Scs	Da 05-23- in corso: Psicoterapeuta - Operatore Cuav presso la cooperativa L'Elefante Scs e presso il Cuav L'Elefante Bianco di Teramo (sede di Silvi) e CAM Itinere di Pescara (da 05/25). Principali attività: conduzione colloqui motivazionali e conduzione gruppi psicoeducativi e psicoterapeutici.
Danilo D'Addazio	Psicologo	Psicologia/ Psicoterapia	Libero Professionista/ Unobravo srl società benefit	C/o Unobravo srl società benefit. Da 05/23- in corso: Attività di Clinica Lead: attività di gestione e supporto Clinico nei confronti di Psicologi del centro clinico online Unobravo Da 05/21- in corso. Attività di Psicoterapeuta online: percorsi di supporto psicologico e Psicoterapia per individui e coppie.

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

CURRICULUM VITAE

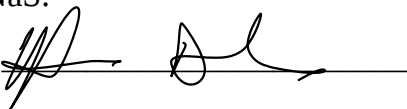
ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / ~~La~~ sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”,

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma:



AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / ~~La~~ sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☐ Moderatore

☒ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM

dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

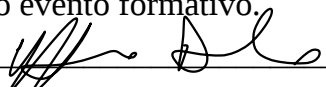
DICHIARA

☒ **di non avere avuto**, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ **di avere avuto**, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma:  _____

Data e luogo di sottoscrizione:

13/05/26, PESCARA _____