



**ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI COSENZA E PROVINCIA**

ENTE DI DIRITTO PUBBLICO ISTITUITO con D.L.C.P.S. 13 SETTEMBRE 1946 n. 233

PROGRAMMA

CORSO DEL 19/09/2026

“Il Sistema Carriere”

8.30 Registrazione partecipanti

9.00 Obiettivi perseguiti (Moderatore Dr. G. Guarnieri)

9.15 Introduzione (Dr. V. Martin Paoletti)

10.00 Metodi per affrontare il trattamento delle 2° e 3° classi (Dr. V. Martin Paoletti)

12.00 Discussione (Moderatore Dr. G. Guarnieri)

12.30 Pausa

13.00 Consigli per i canini inclusi (Dr. V. Martin Paoletti)

14.00 Discussione finale (Moderatore Dr. G. Guarnieri)

14.30 Verifica finale

15.00 Conclusioni e chiusura lavori

Sede dell'Evento:

**Sala Convegni dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Cosenza
Via Suor Elena Aiello 23 – 87100 Cosenza – Tel. 0984/412841**

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE - ISTRUZIONE E FORMAZIONE
VITALIANO MARTIN PAOLETTI	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERA PROFESSIONE – UNIVERSITÀ GUGLIELMO MARCONI ROMA	STUDIO PROFESSIONALE E PROFESSORE A CONTRATTO - LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA
GIUSEPPE GUARNIERI	ODONTOIATRA	ODONTOIATRIA	LIBERA PROFESSIONE	STUDIO PROFESSIONALE - LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

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 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;



IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il / La sottoscritto/a MARTIN PAOLETTI VITALIANO, consapevole che il "conflitto d'interessi E.C.M." è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l'interesse primario consistente nell'obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☐ Docente
☐ Moderatore
☒ Relatore
☐ Tutor

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.

Data di sottoscrizione: 23/06/2026

Firma: Martin Paolotti Vitaliano



IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il sottoscritto Giuseppe Guarnieri, consapevole che il “**conflitto d’interessi E.C.M.**” è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l’interesse primario consistente nell’obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

☐ Docente

☒ Moderatore

☐ Relatore

☐ Tutor

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.

Data di sottoscrizione:

27/06/16

Firma: