

Si prega di inviare per e-mail o per fax accompagnata da copia di un documento d'identità

Nome .....  
Cognome .....  
Indirizzo .....  
Cap. .... Città .....  
Cod. Fisc. ....

Spett.le  
**MEDIK SRL**  
**VIA FORCELLINI, 170/a**  
**35128 PADOVA**  
**Fax: 049-2106351**  
**segreteria.organizzativa@medik.net**

**Oggetto: "LA PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DEL CERVICOCARCINOMA  
E LA MALATTIA DA HPV. Impatto clinico e sociale della vaccinazione"**

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_,

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,

### DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del comma 25, art. 48, D.L. n. 269 del 30/9/2003, l'assenza di conflitto d'interessi.

In fede, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

ORGANIZZATORE MediK s.r.l.

Via Forcellini, 170/a 35128 Padova

**FAX 049-2106351**

TITOLO EVENTO "LA PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DEL CERVICOCARCINOMA E LA MALATTIA DA HPV.

Impatto clinico e sociale della vaccinazione""

DATA dell'evento o dell'edizione 19-20 gennaio 2009

### SCHEDA DATI ANAGRAFICI

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residenza (indirizzo) \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Ruolo:

Partecipante    Docente    Tutor    Relatore    Animatore di formazione    Segr. Scientifica

Professione \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_

Ordine o Collegio o Associazione Professionale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ della provincia o Regione \_\_\_\_\_

Provincia in cui opera prevalentemente \_\_\_\_\_

Profilo lavorativo attuale

Dipendente del SSN

Convenzionato del SSN

Libero professionista in ambito sanitario

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

*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.*

Firma

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_