**DÉCLARATION PUBLIQUE D’INTÉRÊTS**

Le Je soussigné(e)

Reconnais avoir pris connaissance de l’obligation de déclarer tout lien d’intérêts, direct ou par personne interposée, que j’ai ou ai eu **au cours des cinq dernières années**, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme/des organismes au sein duquel/desquels j’exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l’instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu’avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Il m’appartient, à réception soit de l’ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité€, soit de l’expertise que l’organisme souhaite me confier, de vérifier si l’ensemble de mes liens d’intérêts sont compatibles avec ma présences lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise.

En cas d’incompatibilité, il m’appartient d’en avertir l’interlocuteur désigné au sein de l’institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d’intérêts, ma présence est susceptible d’entacher d’irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d’entraîner leur annulation.

Numéro RPPS : Liste des missions/fonctions :

 Institution : Instance:

 Mandat : du au Nommé le : Qualité :

1. **Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel**

Activité(s) salariée(s) s)

Adresse

Fonction

Période

Spécialité :

Activité(s) libérale(s)

Libellé :

Établissement :

 Adresse :

 Période :

Autre (activité bénévole, retraité…)

Libellé :

 Adresse :

Période :

1. **Activité(s) exercée(s) à titre secondaire**

* 1. **Participation à une instance décisionnelle d’un organisme public ou privé dont l’activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme/des organismes ou de l’instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

Organisme

 Fonction occupée :

 Rémunération :

Période :

**O** je n’ai pas de lien d’intérêts à déclarer dans cette rubrique

* 1. **Activité(e) de consultant, de conseil ou d’expertise exercée(s) auprès d’un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme/des organismes ou de l’instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

Organisme

Fonction occupée

Sujet :

 Rémunération :

 Montant perçu

 Période :

**O** je n’ai pas de lien d’intérêts à déclarer dans cette rubrique

* 1. **Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme/des organismes ou de l’instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

2.3.1. **Participation à des essais et études**

Organisme financeur :

Sujet :

Type d’étude :

 Votre rôle :

Rémunération :

 Montant perçu :

 Période :

**O** je n’ai pas de lien d’intérêts à déclarer dans cette rubrique

2.3.2 **Autres travaux scientifiques**

Organisme financeur :

Sujet :

Type d’étude :

 Votre rôle :

Rémunération :

 Montant perçu :

 Période :

**O** je n’ai pas de lien d’intérêts à déclarer dans cette rubrique

* 1. **Rédaction d’article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme/des organismes ou de l’instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

2.4.1**. Rédaction d’article(s)**

Organisme financeur :

Sujet :

Type d’article :

 Votre rôle :

Rémunération :

 Montant perçu :

 Période :

**O** je n’ai pas de lien d’intérêts à déclarer dans cette rubrique

2.4.**2 Intervention(s)**

Organisme financeur :

Lieu et intitulé de la réunion :

Sujet de l’intervention, nom du produit visé :

Prise en charge du déplacement :

Rémunération :

 Montant perçu :

 Période :

**O** je n’ai pas de lien d’intérêts à déclarer dans cette rubrique

* 1. **Intervention ou détention d’un brevet ou d’un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non breveté en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme/des organismes ou de l’instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

LIBELLE du brevet ou produit :

 Structure :

 Intéressement :

Rémunération :

Période :

**O** je n’ai pas de lien d’intérêts à déclarer dans cette rubrique

1. **Direction d’activités qui ont bénéficié d’un financement par un organisme à but lucratif dont l’objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme/des organismes ou de l’instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

Organisme financeur

Activité réalisée

Montant perçu

Période

**O** je n’ai pas de lien d’intérêts à déclarer dans cette rubrique

1. **Participations financières directes, sous forme d’actions ou d’obligations détenues et gérées directement ou de capitaux propres dans le capital d’une société dont l’objet entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme/des organismes ou de l’instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu’il s’agisse d’actions, d’obligations ou d’autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d’indiquer le nom de l’établissement, entreprise ou organisme, le type et la qualité des valeurs ou pourcentage du capital détenu. (Les fonds d’investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration)

Société

Type d’investissement :

% de l’investissement :

Montant détenu : l

**O** je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

1. **Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l’objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l’organisme/des organismes ou de l’instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

Lien :

Organisme :

 Fonction :

Période :

**O** je n’ai pas de lien d’intérêts à déclarer dans cette rubrique

1. **Fonctions et mandats électifs exercés actuellement**

Fonction/Mandat

**O** je n’ai pas de lien d’intérêts à déclarer dans cette rubrique

1. **Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d’intérêts, dans les 5 dernières années**

Cette rubrique concerne les invitations obtenues d’entreprises pharmaceutiques ou organismes du domaine sanitaire avec prise en charge d’inscription ou frais de transport ou frais d’hébergement

Décrire le lien, mentionner la date ou la période, indiquer le montant perçu et sa forme, cf infos relatives au PS sur le site <https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/accueil/>

LIBELLE de la manifestation :

Invitation par

Inscription **O / N -**  Transport **O / N -** Hébergement **O/ N**

Montant total :

Période :

**O** cochez si il n’y a pas de lien d’intérêts à déclarer

Fait à Le Signature