

CARTA INTESTATA DEL CENTRO

Nome e Cognome Sperimentatore Responsabile: _____

Qualifica: _____

S.O.C./S.O.S/Clinica/Istituto: _____

Direttore: _____

DICHIARAZIONE PUBBLICA SUL CONFLITTO DI INTERESSI DELLO SPERIMENTATORE (ai sensi del Decreto 17 dicembre 2004 e del D.M. 21 dicembre 2007)

Si prega di elencare di seguito ogni eventuale interesse nell'industria farmaceutica.

Impiego nell'industria farmaceutica, biomedicale, alimentare ecc., nel corso degli ultimi cinque anni:

- tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche, biomedicali, alimentari o del settore (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare in nome del prodotto e la natura del lavoro svolto), sia che tali attività abbiano comportato o meno remunerazione regolare od occasionale, in denaro oppure in natura, fra le quali:
 - partecipazione al processo decisionale all'interno di una ditta farmaceutica, biomedicale, alimentare ecc., (p. es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);
.....
.....
 - appartenenza permanente o temporanea al personale di una ditta farmaceutica, biomedicale, alimentare ecc. Altre attività svolte all'interno di una ditta del settore (p. es. tirocinio) sono ugualmente soggette a dichiarazione;
.....
.....
 - lavoro di consulenza o di altro genere appaltato da ditte farmaceutiche.
.....
.....

- Interessi finanziari nel capitale di un'industria farmaceutica, biomedicale, alimentare o del settore:
 - nome dell'industria:
 - tipo di azioni:
 - numero di azioni:

- Altri rapporti con l'industria farmaceutica, biomedicale, alimentare o del settore:
 - ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti 5 anni, comprendente o meno benefici pecuniari o materiali, diretti o indiretti, del tipo:
 - borse di studio o di ricerca istituite dall'industria
.....
 - fellowship o sponsorizzazioni sovvenzionate dall'industria farmaceutica
.....

- Altri interessi o fatti si stimino debbano essere portati a conoscenza, ivi compresi elementi relativi ai componenti del proprio nucleo familiare (i componenti del nucleo familiare sono: il coniuge, il(la) compagno(a) e i figli a carico che vivono sotto lo stesso tetto dell'interessato):
(non è necessario menzionare il nome di tali persone)

.....
.....

Il/La sottoscritto/a dichiara di non detenere, a sua conoscenza, alcun interesse diretto o indiretto nell'industria farmaceutica, biomedicale, alimentare o del settore, oltre a quelli summenzionati.

Dichiara, inoltre, che si impegna a presentare una nuova dichiarazione pubblica di interesse qualora dovessero risultare nuovi o ulteriori interessi, tali da dover essere portati a conoscenza.

In fede.

Data

Firma
