

CARTA INTESTATA DEL CENTRO

Nome e Cognome Sperimentatore Principale: _____

Qualifica: _____

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

Direttore: _____

DICHIARAZIONE PUBBLICA SUL CONFLITTO DI INTERESSI DELLO SPERIMENTATORE

Si prega di elencare di seguito ogni eventuale interesse che possa rappresentare un potenziale conflitto nella conduzione dello studio.

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

- tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche, biomedicali, alimentari, dei dispositivi medici 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, dei dispositivi medici 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, dei dispositivi medici 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, biomedicali, alimentari, dei dispositivi medici ecc.
.....
.....

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

- Altri rapporti con l'industria farmaceutica, biomedicale, alimentare, dei dispositivi medici 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

.....

- 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, dei dispositivi medici 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
