**DOCUMENTO “DICHIARAZIONE CONFLITTO DI INTERESSI”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La seguente dichiarazione fa riferimento alla sperimentazione clinica di seguito indicata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Da svolgersi presso il Centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Centro Coordinatore [SÌ] [NO]Io sottoscritto, prof./dott. cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,afferente alla struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sperimentatore Principale [SÌ] [NO] nella suddetta sperimentazione, **DICHIARO**che quelle indicate nelle tabelle che seguono sono **tutte** le interessenze, attività e/o rapporti che intrattengo con il/i Promotore/i della sperimentazione e in generale con l’azienda: **Tabella 1.A Attività rilevanti svolte (1)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ruolo/carica ricoperta presso un’azienda relativamente ad un particolare prodotto / gruppo di prodotti** | **NO** | **Attualmente o nell’anno trascorso** | **Da oltre 1 anno a meno di 3 anni** | **Oltre 3 anni** |
| 1. Dipendente (impiegato – quadro – dirigente)
 |  |  |  |  |
| 1. Consulente scientifico ()
 |  |  |  |  |
| 1. Membro di un organismo collegiale scientifico con funzioni consultive per il promotore della sperimentazione
 |   |  |  |  |
| 1. Sperimentatore Principale (***Principal* *Investigator***)
 |  |  |  |  |
| 1. Sperimentatore (***Investigator***)
 |  |  |  |  |

**Tabella 1.B – identificazione di potenziali aree di conflitto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia di attività****(Tabella 1.A)** | **Denominazione dell’azienda (PROMOTORE E NON) per cui Lei ha svolto un’attività rilevante** | **Prodotti affini a quello oggetto della sperimentazione** |  |
| 1. lavoro dipendente
2. Consulenza scientifica individuale
3. membro di organismi collegiali (ad es. Advisory Board, Steering Committee/ Academy, …)
4. attività di formazione (es. ECM, preceptorship)
5. PI o Investigator
6. Altro
 |  |  |  |

(**** Se necessario, usare ulteriori fogli)**2 - DICHIARAZIONE DI INTERESSI FINANZIARI, FAMILIARI O DI ALTRA NATURA****Tabella 2.A – Partecipazioni al capitale, fondi/finanziamenti**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NO** | **SÌ****diretta** | **SÌ****Indiretta**(3) | **Ragione sociale azienda** | **Indicare quota in % o natura/ importo fondi** |
| Detengo una partecipazione al capitale di un’azienda  |  |  |  |  |  |
| Il mio Dipartimento riceve fondi o altri finanziamenti da una azienda (e io non percepisco compenso) |  |  |  |  |  |
| Sono beneficiario di fondi o altri finanziamenti da aziende |  |  |  |  |  |

**Tabella 2.B – Rapporti di parentela, brevetti**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NO** | **SI** | **Nome azienda e prodotti** | **Descrizione** |
| Ho vincoli coniugali, di convivenza, di parentela entro il secondo grado con persone legate ad aziende da rapporti di lavoro subordinato o da incarichi professionali |  |  |  |  |
| Posseggo un brevetto sul prodotto sperimentale o su un prodotto affine |  |  |  |  |

(**** Se necessario, usare ulteriori fogli)**Ove si ritenga sussistere qualsiasi altro interesse o fatto da segnalare, specificare di seguito:**…………………………………….( *Se necessario, usare ulteriori fogli*)\*\*\* \*\*\* \*\*\*Dichiaro di non avere altre interessenze, attività e/o rapporti diretti o indiretti farmaceutica con aziende o interessi economici, affiliazioni istituzionali o interessi personali che possano influenzare la mia imparzialità.Dichiaro altresì, per quantoa mia conoscenza e sotto mia responsabilità, che le informazioni fornite sopra sono veritiere ed accurate. Mi impegno ad aggiornarle tempestivamente, anche in momenti successivi all’inizio della sperimentazione.Data: Cliccare o toccare qui per inserire il testo. |
|  |