**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. |
|  |