**Allegato 3**

**MODULO CONFLITTO DI INTERESSI**

Coordinatore/Responsabile dello Studio Prof/Dr. Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**DICHIARAZIONE PUBBLICA SUL CONFLITTO DI INTERESSI**

**(ai sensi del Decreto 17 dicembre 2004 e D.M. 21 dicembre 2007)**

Nome Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Qualifica Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Struttura Operativa di appartenenza Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Si prega di elencare di seguito ogni eventuale interesse nell’industria farmaceutica:*

Impiego nell’industria farmaceutica nel corso degli ultimi cinque anni:

Tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per ditte farmaceutiche 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 INTERNO DI UNA DITTA FARMACEUTICA (es. partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);

APPARTENENZA PERMANENTE O TEMPORANEA AL PERSONALE DI UNA DITTA FARMACEUTICA.

ALTRE ATTIVITÀ SVOLTE ALL’INTERNO DI UNA DITTA FARMACEUTICA (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;

Nome dell’industria Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Tipo di azione Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Numero di azioni Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

ALTRI RAPPORTI CON L’INDUSTRIA FARMACEUTICA: 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): Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Il sottoscritto dichiara di non detenere, a sua conoscenza, alcun interesse diretto o indiretto nell’industria farmaceutica.

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.

Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_