

**COMITATO ETICO INTERAZIENDALE**

(istituito con Delibera n. 175 del 02/04/2020 ed iscritto al Registro Regionale al n. 2)

Sede: Via Venezia n.16, 15121 Alessandria – tel.0131206974-6627-6764 fax 0131206531 e-mail: [ecomitato@ospedale.al.it](mailto:ecomitato@ospedale.al.it)**MODELLO DI DICHIARAZIONE PUBBLICA SUL CONFLITTO DI INTERESSI DELLO  
SPERIMENTATORE****Titolo Protocollo:** \_\_\_\_\_**Studio (natura):** \_\_\_\_\_**Numero Eudact (se applicabile)** \_\_\_\_\_**Codice protocollo** \_\_\_\_\_**Versione data** \_\_\_\_\_**Promotore:** \_\_\_\_\_**Supplier** \_\_\_\_\_**Farmaci, dispositivi, nutraceutici** \_\_\_\_\_ **Produttore** \_\_\_\_\_Io sottoscritto Prof./Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_,  
Ente di appartenenza \_\_\_\_\_, in  
qualità di \_\_\_\_\_**DICHIARO**

L'inesistenza di interessi finanziari personali, del coniuge/ convivente o di parente entro il secondo grado rispetto allo studio proposto, nonché di rapporti di dipendenza, consulenza o collaborazione, a qualsiasi titolo, con il promotore/supplier

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

L'assenza, nel capitale dell'azienda farmaceutica titolare del farmaco/dispositivo medico o azienda supplier, di mie partecipazioni azionarie, del mio coniuge o del mio convivente, a tutela dell'indipendenza e dell'imparzialità della sperimentazione clinica

Firma leggibile \_\_\_\_\_

## DICHIARO

Nel corso degli ultimi cinque anni<sup>1</sup>

di avere avuto interessi finanziari (e societari) e rapporti di collaborazione/consulenza o di partecipazione in ambito finanziario e societario ovvero di altra natura nei confronti del promotore/supplier (*specificare natura del rapporto, durata*):

---

---

---

---

Firma leggibile \_\_\_\_\_

il mio coniuge/ convivente o parente entro il secondo grado ha avuto/ha rapporti di collaborazione/consulenza o di partecipazione in ambito finanziario e societario ovvero di altra natura nei confronti del promotore/supplier (*specificare natura del rapporto, durata*)

---

---

---

---

<sup>1</sup> Tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per le ditte farmaceutiche (o per loro conto; in questo caso, specificare il proprio ruolo e le attività svolte e indicare il 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 (per 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 (per es., tirocinio) sono ugualmente soggette a dichiarazione;
- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche.

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dichiara di non detenere, a sua conoscenza, altri interessi diretti o indiretti nell'industria farmaceutica oltre a quelli summenzionati.

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

In fede..... Data

Lo Sperimentatore

Prof./Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_