

**FAC-SIMILE DELLA DICHIARAZIONE PUBBLICA  
SUL CONFLITTO DI INTERESSI DELLO SPERIMENTATORE**

**Alla sezione del Comitato Etico Regionale**

\_\_\_\_\_  
[Indicare il nome della sezione competente]

**Al Direttore Generale**

\_\_\_\_\_  
[Indicare nome ed indirizzo dell'Azienda  
Sanitaria/Ospedaliera/IRCCS dove si intende svolgere lo  
studio]

p.c. \_\_\_\_\_  
[Indicare il nome del Promotore dello studio e le informazioni di  
contatto]

**LORO SEDI**

**Oggetto:** Dichiarazione pubblica sul conflitto di interessi dello sperimentatore

<b>Titolo Protocollo</b>	
<b>Numero Eudract (se applicabile)</b>	
<b>Codice Protocollo</b>	
<b>Versione e data</b>	

Io sottoscritto .....(qualifica)..... (Ente di appartenenza)....., in qualità di:

- Promotore e Sperimentatore principale dello Studio
- Sperimentatore principale dello Studio del quale il Promotore, ai sensi dell'art. 2 del D. Lgs. 211/2003, è il seguente .....

**DICHIARO:**

- Impiego nell'industria farmaceutica, dei dispositivi, nutraceutici, altro (*specificare la natura della ditta*)..... nel corso degli ultimi cinque anni<sup>1</sup>

<b>Ente/Istituzione/Impresa con cui il sottoscritto è o era in rapporti</b>	<b>Natura del rapporto</b>	<b>Data inizio del rapporto</b>	<b>Data fine del rapporto</b>

<sup>1</sup> Tutte le attività svolte (direttamente o indirettamente) per le ditte farmaceutiche, dei dispositivi, nutraceutici o altro (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:

- partecipazioni al processo decisionale all'interno della ditta (ad es.: partecipazione al consiglio di amministrazione, direzione esecutiva o non esecutiva);
- appartenenza permanente o temporanea al personale della ditta. Altre attività svolte all'interno di una ditta (ad es. tirocinio) sono egualmente soggette a dichiarazione;
- lavoro di consulenza o di altro genere, appaltato da ditte farmaceutiche, dei dispositivi, nutraceutici o altro.

CARTA INTESTATA DEL RICHIEDENTE

- Interessi finanziari nel capitale dell'industria farmaceutica, dei dispositivi, nutraceutico, o altro:

Ente/Istituzione/Impresa con cui il sottoscritto ha o aveva interessi finanziari nel capitale	Tipo di azioni	Numero di azioni	Data inizio	Data fine

- Altri interessi<sup>2</sup> con l'industria farmaceutica, dei dispositivi, nutraceutici o altro (*specificare natura della ditta*).....:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

- Dichiara inoltre di impegnarsi 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

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Ogni tipo di assistenza e sostegno ricevuto dall'industria durante i precedenti cinque 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.