



**DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU**

Directeur :

**Pr. F. BARLESI**

## **DECLARATION D'INTERETS**

**A remplir par toute personne collaborant aux travaux du Département Universitaire de Développement Professionnel Continu de la Faculté de Médecine de Marseille (DUDPC) concernant l'Evaluation des Pratiques Professionnelles**  
(A retourner en original au secrétariat du DUDPC)

Les personnes collaborant aux travaux du DUDPC dans le cadre de la procédure d'Evaluation des Pratiques Professionnelles ne peuvent traiter une question dans laquelle ils auraient un intérêt direct ou indirect.

Ces personnes adressent au Directeur du DUDPC une déclaration d'intérêts mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence du DUDPC en tant qu'organisme agréé pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs. Afin de faciliter cette déclaration d'intérêts, le DUDPC propose le présent formulaire (une notice explicative est disponible pour vous aider, le cas échéant, à remplir votre déclaration).

En cas de manquement à ces dispositions, le Bureau du DUDPC, statuant à la majorité de ses membres peut mettre fin à leurs fonctions.

La présente déclaration d'intérêts a pour objectif la prévention des conflits d'intérêts au sein du DUDPC. Elle doit être actualisée, à votre initiative, dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués avec le secteur considéré.

**Je soussigné(e)** .....

**Fonctions au sein du DUDPC :**  
.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien direct ou indirect avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence du DUDPC en tant qu'organisme agréé pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs.

### **1. Renseignements administratifs**

Activité professionnelle principale (préciser les établissements de santé au sein desquels vous exercez et/ou avez exercé au cours des 5 dernières années) :

.....  
.....

Fonctions auprès d'organismes publics (par exemple : Ministère de la Santé, Has, Afssaps, CHU)

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

**2. Intérêts à déclarer**

Je déclare les intérêts suivants, dans les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence du DUDPC en tant qu'organisme agréé pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs :

Participation financière dans le capital d'une entreprise

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<i>Firme, société, organisme</i>	<i>Nature de la participation financière</i>

Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle

Fonctions de direction

_____	_____
_____	_____
_____	_____
<i>Firme, société, organisme</i>	<i>Nature de la fonction</i>

Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail, rémunération régulière, consultant)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
<i>Firme, société, organisme</i>	<i>Nature du lien durable ou permanent Nom du produit (le cas échéant)</i>

Interventions ponctuelles : essais cliniques et travaux scientifiques

<i>Firme, société, organisme</i>	<i>Nature des essais ou des travaux scientifiques Nom du produit (le cas échéant) Préciser si investigateur principal ou coordinateur</i>

Intervention(s) ponctuelle(s) : rapports d'expertise


Intervention(s) ponctuelle(s) : activités de conseil

<i>Firme, société, organisme</i>	<i>Nature de l'activité de conseil Nom du produit (le cas échéant)</i>

Intervention(s) ponctuelle(s) : conférences, colloques, actions de formation

<i>Firme, société, organisme</i>	<i>Sujet des conférences, colloques ou actions de formation Nom du produit (le cas échéant) Intervenant ou invité</i>

2.2.7 Autres

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_  
*Firme, société, organisme*

\_\_\_\_\_  
*Nature de l'activité  
Nom du produit (le cas échéant)*

Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une institution (par exemple établissement de santé, université, association) dont dépend le déclarant ou dont il est responsable

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_  
*Firme, société, organisme*

\_\_\_\_\_  
*Nature de l'activité*

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

\_\_\_\_\_  
*Institution bénéficiant du versement*

Autre(s) lien(s) sans rémunération

Lien de parenté avec les entreprises visées ci-dessus

_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_  
*Firme, société, organisme*

\_\_\_\_\_  
*Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur*

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

### 3. Pas d'intérêt à déclarer

Je ne suis pas en situation d'intérêt particulier



Je soussigné(e), ..... déclare par la présente que tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'indépendance dont je dois faire preuve dans le cadre de mes fonctions au sein du DUDPC sont énumérés ci-dessus.

Je m'engage, en outre, si je devais acquérir ou détenir des intérêts autres que ceux mentionnés ci-dessus, à les déclarer.

Fait à ..... le ..... Signature :