**DECLARATION PUBLIQUE D’INTERETS (DPI)**

Je soussigné(e)…………………………………………………………………………………

Reconnais avoir pris connaissance de l’obligation de déclarer aux membres du CES-SA, à sa présidente et au CNVZ tout lien d’intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé animale, du comité et/ou du groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise.

Je renseigne cette déclaration en qualité de :

Agent du CNVZ

Membre du CES-SA au sein du CNVZ

Membre d’un GT au sein du CNVZ

Personne invitée à apporter mon expertise à (préciser)………………………..……….

Autre : préciser………………………………………………………………

Je m’engage à actualiser ma DPI dès qu’une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués.

*Il vous appartient, à réception de l'ordre du jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêts que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre présence lors de tout ou partie de cette réunion et d’en avertir l’interlocuteur désigné au sein de l’institution et le cas échéant le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l’annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.*

**1. Votre activité principale**

**1.1. Votre activité principale exercée actuellement**

Activité salariée

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Employeur principal | Adresse de l’employeur | Fonction occupée dans l’organisme | Début  *(mois/année)* | Fin  *(mois/année)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Activité libérale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité | Lieu d’exercice | Début  *(mois/année)* | Fin  *(mois/année)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Autre (activité bénévole, retraité…)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité | Lieu d’exercice | Début  *(mois/année)* | Fin  *(mois/année)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années**

*A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1*

Activité salariée

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Employeur principal | Adresse de l’employeur | Fonction occupée dans l’organisme | Début  *(mois/année)* | Fin  *(mois/année)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Activité libérale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité | Lieu d’exercice | Début  *(mois/année)* | Fin  *(mois/année)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Autre (activité bénévole, retraité…)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité | Lieu d’exercice | Début  *(mois/année)* | Fin  *(mois/année)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2. Vos activités exercées à titre secondaire**

**2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d’un organisme public ou privé dont l’activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé animale, du CNVZ et du CES-SA, objet de la déclaration.**

*Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels*

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Organisme  *(société, établissement, association)* | Fonction occupée  dans l’organisme | Rémunération | Début  *(mois/année)* | Fin  *(mois/année)* |
|  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |
|  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |
|  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |

**2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d’expertise auprès d’un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé animale, du CNVZ et du CES-SA, objet de la déclaration.**

*Il peut s’agir notamment d’une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d’une activité d’audit, de la rédaction d’articles ou de rapports d’expertise.*

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et au cours des 3 années précédentes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Organisme  *(société, établissement, association)* | Fonction occupée  dans l’organisme | Rémunération | Début  *(mois/année)* | Fin  *(mois/année)* |
|  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |
|  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |
|  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |

**2.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé animale, du CNVZ et du CES-SA, objet de la déclaration.**

*Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d’essais ou d’études cliniques ou précliniques, d’études épidémiologiques, d’études médico-économiques, d’études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.*

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et au cours des 3 années précédentes :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Organisme *(société, établissement, association)* | Domaine et Type de travaux | Nom du produit de santé ou du sujet traité | Si essais ou études  cliniques ou précliniques :  précisez : | Rémunération | Début *(mois/année)* | Fin *(mois/année)* |
|  |  |  | |  |  | | --- | --- | | Type d’étude : | | |  | Etude monocentrique | |  |  | |  | Etude multicentrique | | Votre rôle : | | |  | Investigateur principal | |  |  | |  | Investigateur coordonnateur | |  |  | |  | Expérimentateur principal | |  |  | |  | Co-investigateur | |  |  | |  | Expérimentateur non principal | | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |
|  |  |  | |  |  | | --- | --- | | Type d’étude : | | |  | Etude monocentrique | |  |  | |  | Etude multicentrique | | Votre rôle : | | |  | Investigateur principal | |  |  | |  | Investigateur coordonnateur | |  |  | |  | Expérimentateur principal | |  |  | |  | Co-investigateur | |  |  | |  | Expérimentateur non principal | | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |
|  |  |  | |  |  | | --- | --- | | Type d’étude : | | |  | Etude monocentrique | |  |  | |  | Etude multicentrique | | Votre rôle : | | |  | Investigateur principal | |  |  | |  | Investigateur coordonnateur | |  |  | |  | Expérimentateur principal | |  |  | |  | Co-investigateur | |  |  | |  | Expérimentateur non principal | | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |

**2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé animale, du CNVZ et du CES-SA, objet de la déclaration.**

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et au cours des 3 années précédentes :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Entreprise ou organisme invitant *(société, association)* | Lieu et intitulé  de la réunion | Sujet de l’intervention,  le nom du produit visé | Prise en charge des frais de déplacement | Rémunération | Début *(mois/ année)* | Fin *(mois/ année)* |
|  |  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Oui | |  |  | | |  | Non | | | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |
|  |  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Oui | |  |  | | |  | Non | | | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |
|  |  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Oui | |  |  | | |  | Non | | | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |

**2.5. Vous êtes inventeur et/ou détenteur d’un brevet ou d’un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé animale, du CNVZ et du CES-SA objet de la déclaration**

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature de l’activité et nom du brevet, produit… | Structure qui met à disposition le brevet, produit… | Perception intéressement | Rémunération | Début  *(mois/ année)* | Fin  *(mois/ année)* |
|  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Oui | |  |  | | |  | Non | | | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |
|  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Oui | |  |  | | |  | Non | | | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |
|  |  | |  |  | | --- | --- | |  | Oui | |  |  | | |  | Non | | | |  |  | | --- | --- | |  | Aucune | |  |  | | |  | Au déclarant | | |  |  | | |  | A un organisme | |   dont vous êtes membre ou salarié (préciser)  ……………………………… |  |  |

**3. Activités que vous dirigez ou vous avez dirigées et qui ont bénéficié d’un financement par un organisme à but lucratif dont l’objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé animale, du CNVZ et du CES-SA, objet de la déclaration**

*Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels, taxes d’apprentissage…*

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et au cours des 3 années précédentes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Structure et activité  bénéficiaires du financement | Organisme à but  lucratif financeur | Début  *(mois/année)* | Fin  *(mois/année)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Participations financières dans le capital d’une société dont l’objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé animale, du CNVZ et du CES-SA, objet de la déclaration**

*Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu’il s’agisse d’actions, d’obligations ou d’autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d’indiquer le nom de l’établissement, entreprise ou organisme, le type et la qualité des valeurs ou ^pourcentage du capital détenu.*

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et au cours des 3 années précédentes :

|  |  |
| --- | --- |
| Structure concernée | Type d’investissement |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l’objet social entre dans le champ de compétence en matière de santé animale, du CNVZ et du CES-SA, objet de la déclaration.**

*Les personnes concernées sont :*

* *Le conjoint (époux [se])*
* *Les enfants*
* *Les parents (père et mère)*

*Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant à connaissance des activités de ses proches parents.*

*Le nom des membres de la famille n’a pas à être mentionné.*

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement, au cours des 3 années précédentes :

|  |  |
| --- | --- |
| Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants | Organismes concernés |
|  |
|  |
|  |

1. **Autres liens d’intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance du CNVZ**

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et au cours des 3 années précédentes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Elément ou fait concerné | Commentaires | Début  (année) | Fin  (année) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Si vous n’avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case :**

**Et signez en dernière page**

Fait à Tunis

Le