

ANEXO 2 del PNT-CEIm-002: Composición y requisitos de los miembros

DECLARACIÓN DE ACTIVIDAD E INTERÉS

Este formulario consta de dos partes, sus datos personales y la declaración pública de actividad e interés. Todas las partes deberán ser debidamente cumplimentadas y todas las páginas tienen que llevar la fecha y la firma. Si los documentos se rellenan a mano, por favor asegúrese de que la información que contiene se puede leer claramente.

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombre: _____
NIF: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____
Cargo/puesto profesional: _____
Departamento de Salud: _____

Declaro que los datos relacionados a continuación, son ciertos y pueden afectar a la toma de decisiones en materia de gestión sanitaria, asistencial e investigación, así como, en las políticas públicas sanitarias de la Administración.

A. Intereses directos de carácter económico.

Relacione las empresas, compañías e instituciones con las que ha mantenido alguna relación en alguno de los conceptos abajo especificados.

Conceptos que puedan ser significativos en relación a la toma de decisiones
☐ He recibido financiación para asistencia a reuniones, congresos, cursos, etc. (inscripciones, bolsas de viajes, alojamiento, manutención...)
☐ He recibido honorarios u otras transferencias de valor como ponente o participante (conferencias, cursos, mesas redondas, debates...)
☐ He recibido financiación para programas educativos o cursos (promovidos por el interesado) (contratación de personal, alquiler de instalaciones, etc.)
☐ He recibido honorarios, trasferencias de valor o financiación por promover o participar en proyectos de investigación o en actividades de consultoría para una compañía farmacéutica u otras compañías sanitarias.
☐ Tengo intereses comerciales en/con una sociedad, empresa o compañía (patentes, etc.).
☐ Tengo intereses económicos en una empresa privada relacionada con la salud (como propietario, empleado, accionista, consulta privada, etc.).
☐ Otros tipos de interés de índole no económica

Fecha:	Firma
--------	-------

B. Intereses indirectos de ámbito profesional.

Relacione las empresas, compañías e instituciones con las que ha mantenido alguna relación en los conceptos abajo especificados.

Conceptos
Promovidos por el interesado y que puedan ser significativos en relación a la toma de decisiones
☐ He recibido financiación, ayudas económicas, recursos informáticos o material para la creación o dotación de la unidad o servicio en el que desarrollo mi actividad profesional.
☐ He recibido ayudas económicas (ajenas a la institución a la que pertenezco) destinadas a la contratación o disposición de personal en la unidad o servicio en el que desarrollo mi actividad profesional.
☐ He recibido ayuda económica para la financiación de una investigación.
☐ He recibido financiación de programas educativos y/o formativos destinados a la unidad en el que desarrollo mi actividad profesional.

C. Otros posibles conflictos de interés no señalados en los apartados anteriores, así como, cualquier especificación/aclaración. (Especificar)

--

Además de los intereses descritos en los apartados anteriores, **declaro** bajo mi responsabilidad que **no tengo** otras actividades o intereses que bajo mi consideración deban ser puestos en conocimiento del órgano directivo competente del que dependo o del secretario o de la secretaria del órgano colegiado o no al que pertenezco, comité o grupo de expertos, de carácter asistencial o de investigación en el ámbito de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. **Me comprometo** a su actualización con carácter anual y cuando se produzcan cambios relevantes en mi situación.

Fecha:	Firma
--------	-------

