

**DECLARATION DE CONFLIT D’INTERETS**

□ Je, soussigné(e*) Nom Prénom* , exerçant au sein de *Nom structure* déclare n’avoir aucun lien ou aucune affiliation, qu’elle soit de nature personnelle ou professionnelle avec l’un des membres du comité de sélection, qui pourrait avoir une influence réelle, potentielle ou apparente sur l’examen de ma candidature à « Territoires de santé » - AMI 2.

□ Je, soussigné(e*) Nom Prénom* , exerçant au sein de *Nom structure* déclare avoir un potentiel lien, affiliation ou concurrence, qu’elle soit de nature personnelle ou professionnelle, avec l’un des membres du comité de sélection (équipe projet de TSD, liste en annexe), qui pourrait avoir une influence réelle, potentielle ou apparente sur l’examen de ma candidature à « Territoires de santé » - AMI 2.

Ainsi, je demande à  ce que la (les) personnes suivantes ne prennent pas part au processus d’examen de ma candidature :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom  | Fonction | Structure |
|  |  |  |
|  |  |  |

Je déclare avoir pris connaissance de la définition suivante :

*«  Il y a conflit d’intérêts lorsque l’exercice impartial et objectif des fonctions d’examinateur pour la sélection des candidats de l’AMI est compromis pour des motifs familiaux, affectifs, d’affinité politique ou nationale, d’intérêt économique ou pour tout autre motif de communauté d’intérêt avec le candidat*.»

|  |
| --- |
|  |
| **Signature requise** | **Date :**  |
|  |  |