

DÉCLARATION D'ABSENCE DE CONFLITS D'INTÉRÊTS
DANS LE CADRE DU PROJET AUTOGUERISON



Je, soussigné(e) :

- Nom : ANDRES
- Prénom : Robert
- Fonction : Retraité EN

Déclare avoir pris connaissance :

- De la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, la notion de conflit d'intérêts est précisée : « constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif des fonctions. »

Déclare par la présente :

- Ne pas être en situation de conflit d'intérêts avec les acteurs sociétaux étudiés, que ce soit à titre individuel ou en tant que membre d'un groupement.
- Qu'à ma connaissance, il n'existe aucun fait ou élément, passé, actuel ou susceptible d'apparaître dans un avenir prévisible, qui pourrait générer une situation de conflit d'intérêts dans la réalisation du présent projet Autoguérison.

Confirme que

- Si, dans le cadre de la réalisation du présent projet Autoguérison, je découvre l'existence ou l'apparition d'un conflit d'intérêts, je le signalerai immédiatement par écrit à l'Autorité de gestion qui statuera sur les suites à donner.

Signature (lieu et date) : Nom : Andres

Dijon le 24/03/2022

DETAILS DE LA DECLARATION D'INTERETS :

REMUNERATION :

Avez-vous reçu une rémunération d'une entité commerciale ou autre organisation ayant un intérêt lié au sujet du projet Autoguérison ?

~~oui~~ - non

SOUTIEN À LA RECHERCHE :

Avez-vous, ou votre unité de recherche a-t-elle, reçu un soutien d'une entité commerciale ou autre organisation ayant un intérêt lié au sujet du projet Autoguérison?

~~oui~~ - non

INTERETS EN MATIERE D'INVESTISSEMENTS :

Avez-vous actuellement des investissements dans une entité commerciale ayant un intérêt lié au sujet du projet Autoguérison ?

~~oui~~ - non

PROPRIETE INTELLECTUELLE :

Avez-vous des droits de propriété intellectuelle qui pourraient être affectés dans un sens ou dans l'autre par l'issue de l'activité du Projet Autoguérison ?

~~oui~~ - non

DECLARATIONS ET PRISES DE POSITION PUBLIQUES :

Avez-vous donné un avis d'expert ou un témoignage lié au sujet étudié par le projet Autoguérison dans le cadre d'un processus réglementaire, législatif ou judiciaire, pour une entité commerciale ou une autre organisation ? Avez-vous occupé une fonction ou autre poste, rémunéré ou non rémunéré, où vous représentiez les intérêts ou défendiez une position, liés au sujet du projet Autoguérison ?

~~oui~~ - non

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :

Si vous ne l'avez pas déjà indiqué plus haut, avez-vous travaillé pour un concurrent faisant l'objet d'étude du projet Autoguérison, ou bien votre participation au projet Autoguérison vous donnera-t-elle accès à des informations confidentielles et exclusives du concurrent, ou créera-t-elle pour vous un avantage concurrentiel personnel, professionnel, financier ou commercial ?

~~oui~~ - non

A votre connaissance, le résultat du projet Autoguérison profitera-t-il ou affectera-t-il de façon négative les intérêts d'autres parties avec lesquelles vous avez des intérêts communs majeurs, qu'ils soient personnels, professionnels, financiers ou commerciaux (par exemple vos enfants ou frères et sœurs adultes, des collègues professionnels proches, une unité administrative ou un département) ?

~~oui~~ - non

Une quelconque autre personne ou entité a-t-elle participé à ou payé vos frais de voyage en rapport avec le projet Autoguérison ?

~~oui~~ - non

Avez-vous reçu un paiement quelconque (autre que pour les frais de voyage) ou des honoraires pour prendre la parole en public sur la question faisant l'objet d'étude du projet Autoguérison?

~~oui~~ - non

Y a-t-il un autre aspect quelconque de votre situation passée ou présente qui n'ait pas été évoqué dans les questions ci-dessus et qui pourrait être perçu comme affectant votre objectivité ou votre indépendance ?

~~oui~~ - non

I, the undersigned) :

- Name : Andres
- First name : Robert
- Function : Retired

Declare to have read:

- Law no. 2016-483 of April 20, 2016 relating to ethics and the rights and obligations of civil servants, the notion of conflict of interest is specified: "A conflict of interest constitutes any situation of interference between an interest public and public or private interests which is likely to influence or appear to influence the independent, impartial and objective exercise of the functions. »

Hereby declares:

- Not be in a situation of conflict of interest with the societal actors studied, whether individually or as a member of a group.
- That to my knowledge, there is no fact or element, past, current or likely to appear in the foreseeable future, which could generate a situation of conflict of interest in the realization of this Self-healing project.

Confirm that

- If, in the context of carrying out this Self-healing project, I discover the existence or appearance of a conflict of interest, I will immediately report it in writing to the Managing Authority, which will decide on the follow-up to be given. .

Signature (place and date): Name: Andres
Dijon the 24/03/2022



DETAILS OF THE DECLARATION OF INTERESTS:

REMUNERATION:

Have you received any compensation from a commercial entity or other organization with an interest related to the subject of the Self-Healing Project?

~~Yes~~-No

RESEARCH SUPPORT:

Have you, or your research unit, received support from a commercial entity or other organization with an interest related to the subject of the Self-Healing Project?

~~Yes~~-No

INVESTMENT INTERESTS:

Do you currently have any investments in a business entity with an interest related to the subject of the Self-Healing Project?

~~Yes~~ No

INTELLECTUAL PROPERTY :

Do you have any intellectual property rights that could be affected in one way or another by the outcome of the Self-Healing Project activity?

~~Yes~~ No

PUBLIC STATEMENTS AND POSITIONS:

Have you given expert advice or testimony related to the subject investigated by the Self-Healing Project in the context of a regulatory, legislative or judicial process, for a commercial entity or other organization? Have you held any function or other position, paid or unpaid, where you represented the interests or defended a position, related to the subject of the Self-Healing Project?

~~Yes~~ No

ADDITIONAL INFORMATION :

If you have not already indicated it above, have you worked for a competitor who is the subject of the Self-Healing Project study, or will your participation in the Self-Healing Project give you access to confidential and proprietary information competitor, or will it create a personal, professional, financial or commercial competitive advantage for you?

~~Yes~~ No

To the best of your knowledge, will the outcome of the Self-Healing Project benefit or adversely affect the interests of other parties with whom you have major common interests, whether personal, professional, financial or business (example your children or adult siblings, close professional colleagues, an administrative unit or department)?

~~Yes~~ No

Has any other person or entity participated in or paid for your travel expenses related to the Self-Healing Project?

~~Yes~~ No

Have you received any payment (other than travel expenses) or honorarium for speaking in public on the issue under study by the Self-Healing Project?

~~Yes~~ No

Is there any other aspect of your past or present situation that has not been addressed in the above questions that could be perceived as affecting your objectivity or independence?

~~Yes~~ No