**Formulaire de déclaration des intérêts financiers (pour conformité aux règles du DHHS)**

Ce formulaire a été mise en place pour répondre aux exigences du règlement 42 CFR Part 50 et 45 CFR Part 94 du Department of Human Health Services («DHHS») américain. Elle est destinée aux chercheurs et personnes impliquées dans la recherche déposant une demande de subvention à un organisme en santé américain ou dont la recherche est subventionnée par un organisme en santé américain

Avant de compléter le présent formulaire, vous devez avoir obtenu le consentement de votre famille (conjoint(e)/ enfants à charge) pour la déclaration des intérêts financiers significatifs les concernant.

**Section A**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom | Date |
| Adresse courriel | Téléphone |
| Faculté et Département | |
| Date de votre dernière formation sur les conflits d’intérêts-DHHS | |
| Cette déclaration est faite : | |
| au moment de la soumission d’une demande de subvention  pour déclaration annuelle  pour déclarer un nouvel intérêt financier  pour déclarer un voyage sponsorisé ou des remboursements de voyage  à la demande de l’Université de Montréal | |
| J’atteste avoir pris connaissance du *Règlement sur les conflits d’intérêts* de l’Université de Montréal (no 10.23) et les Directives d’application du *Règlement sur les conflits d’intérêts* [www.interets.umontreal.ca](http://www.interets.umontreal.ca). | |
| Durant les 12 derniers mois ou dans les 12 prochains mois, avez-vous (ou votre famille) perçus ou comptez-vous (ou votre famille) percevoir des compensations financières pour des services professionnels reliés à vos responsabilités institutionnelles (recherche, enseignement, pratique professionnelle, administration)? Par compensation financière, on entend tout salaire, frais de consultant, honoraires, droits d’auteur versés par une institution autre que l’Université de Montréal.   * J’ai reçu ou je compte recevoir des compensations financières externes. | |
| Oui  Non   * Ma famille (conjoint(e)/ enfants à charge) a reçu ou compte recevoir des compensations financières.   Oui  Non | |
|  | |

|  |
| --- |
| Durant les 12 derniers mois ou dans les 12 prochains mois, déteniez-vous (ou votre famille) ou comptez-vous (ou votre famille) acquérir une participation ou des intérêts (actions ou options d’achat) dans une compagnie ou une organisation qui seraient d’une quelconque façon reliés à vos responsabilités institutionnelles?   * Je détiens ou je compte acquérir une participation ou des intérêts dans une compagnie ou une organisation. |
| Oui  Non   * Ma famille (conjoint(e)/ enfants à charge) détient ou compte acquérir une participation ou des intérêts dans une compagnie ou une organisation.   Oui  Non |
| Durant les 12 derniers mois ou dans les 12 prochains mois, avez-vous (ou votre famille) effectué ou comptez-vous (ou votre famille) effectuer un voyage commandité ou obtenu des remboursements pour un voyage par une institution autre que l’Université de Montréal ou un organisme publique américain qui seraient d’une quelconque façon relié à vos responsabilités institutionnelles ?   * J’ai effectué ou je compte effectuer un voyage commandité ou j’ai obtenu ou compte obtenir des remboursements pour un voyage. |
| Oui  Non   * Ma famille (conjoint(e)/ enfants à charge)a effectué ou compte effectuer un voyage commandité ou a obtenu ou compte obtenir des remboursements pour un voyage.   Oui  Non |
| **Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, veuillez compléter une description de l’intérêt financier pour chaque intérêt identifié (Section B).** |

1. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.
2. Je m’engage à déclarer toute situation qui surviendrait après la date de ma signature et qui viendrait modifier ma situation ou celle de ma famille.

**Et j’ai signé, le** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du Déclarant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Veuillez remettre le présent formulaire au Bureau Recherche-Développement-Valorisation (BRDV)***

**Section B**

**DESCRIPTION DE L’INTÉRÊT FINANCIER SIGNIFICATIF**

|  |
| --- |
| Pour chaque intérêt financier veuillez préciser le nom de la personne concernée et le cas échéant son lien avec vous : |
| Vous-même  Un membre de votre famille (conjoint, enfant à charge)  Nom et lien : |
| Type d’intérêt : |
| voyage ou remboursement de frais de voyage  salaire, frais de consultant, honoraires  droits d’auteur  actions ou options d’achat |
| Montant de la compensation financière ou de l’intérêt financier : |
| Institution ou Organisation externe payeur : |
| Adresse de l’institution ou de l’organisation externe : |
| Description (pour les voyages, indiquez le but, la destination et la durée du voyage) |
|  |

1. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets
2. Je m’engage à déclarer toute situation qui surviendrait après la date de ma signature et qui viendrait modifier ma situation ou celle de ma famille.

Et j’ai signé, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du Déclarant\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Veuillez remettre le présent formulaire au Bureau Recherche-Développement-Valorisation (BRDV)***