

ЗАЯВА*
про відсутність конфлікту інтересів

Прізвище, ім'я, по батькові Місце роботи Номер контактного телефону Електронна адреса	
--	---

1. Чи наявні поточні інвестиції, вкладені Вами у суб'єкти господарювання, що можуть мати інтерес стосовно посади директора Державного закладу «Центр спеціалізованої медичної допомоги зони відчуження Міністерства охорони здоров'я України», зокрема прямі чи опосередковані інвестиції (наприклад, до холдингової компанії), крім інвестицій до інвестиційних фондів, недержавного пенсійного фонду та інших подібних інвестицій, які не контролюються Вами:	
1) акції, облігації та інші цінні папери? 	так** ☐ ні ☐
2) комерційні підприємницькі інтереси (наприклад, спільне підприємство, партнерство)? 	так** ☐ ні ☐
2. Чи є Ви власником прав інтелектуальної власності, які можуть бути розширені або звужені за результатами роботи директора Державного закладу «Центр спеціалізованої медичної допомоги зони відчуження Міністерства охорони здоров'я України», на:	
1) патенти, знаки на товари та послуги, авторські права (включаючи заявки, що розглядаються)? 	так** ☐ ні ☐
2) запатентоване ноу-хау? 	так** ☐ ні ☐
3. Чи проводили Ви протягом останніх чотирьох років експертну оцінку, пов'язану з державною реєстрацією, клінічними/доклінічними випробуваннями (дослідженнями) лікарських засобів, що може стосуватися посади директора Державного закладу	так** ☐ ні ☐

«Центр спеціалізованої медичної допомоги зони відчуження Міністерства охорони здоров'я України»? _____ _____	
4. Чи перебували Ви протягом останніх чотирьох років на посаді, на якій Ви представляли або захищали інтереси, які можуть бути пов'язані з посадою директора Державного закладу «Центр спеціалізованої медичної допомоги зони відчуження Міністерства охорони здоров'я України»? _____ _____	так** ☐ ні ☐
5. Чи отримували Ви будь-які платежі (крім компенсації оплати за проїзд) або гонорари за публічні виступи/публікації, що можуть стосуватися посади директора Державного закладу «Центр спеціалізованої медичної допомоги зони відчуження Міністерства охорони здоров'я України»? _____ _____	так** ☐ ні ☐
6. Чи наявні інші обставини, в тому числі пов'язані з приватним інтересом Ваших близьких осіб, що можуть сприйматися як вплив на Вашу об'єктивність та незалежність? _____ _____	так** ☐ ні ☐

Зазначаю, що ця заява правдива і містить повну інформацію.

Погоджуюся на оприлюднення зазначеної у цій заяві інформації на офіційному веб-сайті органу управління.

_____ 20__ р.

(підпис)

* У цій заяві зазначаються обставини, що можуть становити приватний інтерес у сфері, в якій претендент на посаду планує виконувати свої службові обов'язки, що може вплинути на об'єктивність чи неупередженість прийняття ним рішень або на вчинення чи невчинення дій під час виконання повноважень.

До приватного інтересу належать фінансовий, професійний чи інший інтерес, а також інтерес, який може вплинути на результати такої роботи.

Також зазначається про такий інтерес близьких осіб претендента на посаду (осіб, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки із претендентом (крім осіб, взаємні права та обов'язки яких із суб'єктом не мають характеру сімейних), у тому числі осіб,

які спільно проживають, але не перебувають у шлюбі, а також незалежно від зазначених умов — чоловіка, дружини, батька, матері, вітчима, мачухи, сина, дочки, пасинка, падчерки, рідного брата, рідної сестри, діда, баби, прадіда, прабаби, внука, внучки, правнука, правнучки, зятя, невістки, тестя, тещі, свекра, свекрухи, усиновлювача чи усиновленого, опікуна чи піклувальника, особи, яка перебуває під опікою або піклуванням претендента) та у разі наявності інших осіб, з якими претендент на посаду має важливі спільні інтереси та які можуть бути сприйняті як втручання в його діяльність (наприклад, роботодавця, співробітників тощо).

Відповідь “так” на поставлені питання не має наслідком необрання на посаду.

** У разі проставлення позначки “+” навпроти відповіді “так” дайте пояснення у таблиці.