

**Déclaration publique d'intérêts au titre de la participation**

**au Comité Scientifique et Technique du plan Ecophyto II+**

Je soussigné(e) *(prénom)      (nom)*

Reconnais avoir pris connaissance de la demande de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes public ou privé dont les activités, techniques ou produits entrent dans le champ des produits phytopharmaceutiques ou de biocontrôle.

Je m'engage à actualiser ma déclaration publique d’intérêts si une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, au minimum annuellement, et ce, même sans modification.

1. Votre activité principale
   1. **Votre activité principale exercée actuellement**

Activité salariée

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EMPLOYEUR(S) | FONCTION OCCUPÉE  dans l’organisme | LIEU | DÉBUT  (mois/année) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Activité libérale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACTIVITÉ | LIEU D’EXERCICE  (Mention obligatoire. A défaut, indiquez votre lieu de résidence) | DÉBUT  (mois/année) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Autre ( activité bénévole, retraité etc.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACTIVITÉ | LIEU D’EXERCICE  (Mention obligatoire. A défaut, indiquez votre lieu de résidence) | DÉBUT  (mois/année) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. **Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années**

Activité salariée

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EMPLOYEUR PRINCIPAL | FONCTION OCCUPÉE  dans l’organisme | LIEU | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
|  |  |  |  | en cours |
|  |  |  |  | en cours |
|  |  |  |  | en cours |
|  |  |  |  | en cours |
|  |  |  |  | en cours |
|  |  |  |  | en cours |

Activité libérale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ACTIVITÉ | LIEU D’EXERCICE  (Mention obligatoire. A défaut, indiquez votre lieu de résidence) | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
|  |  |  | en cours |
|  |  |  | en cours |
|  |  |  | en cours |
|  |  |  | en cours |
|  |  |  | en cours |
|  |  |  | en cours |

Autre (activité bénévole, retraité etc.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ACTIVITÉ | LIEU D’EXERCICE  (Mention obligatoire. A défaut, indiquez votre lieu de résidence) | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
|  |  |  | en cours |
|  |  |  | en cours |
|  |  |  | en cours |
|  |  |  | en cours |
|  |  |  | en cours |
|  |  |  | en cours |

1. Vos activités exercées à titre secondaire
   1. **Vous participez ou avez participé à une instance décisionnelle ou consultative d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ des produits phytopharmaceutiques ou de biocontrôle**

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ORGANISME  (société, établissement, association) | FONCTION OCCUPÉE  dans l’organisme | RÉMUNÉRATION | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
|  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |

* 1. **Vous exercez ou avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme public ou privé exerçant dans le champ des produits phytopharmaceutiques ou de biocontrôle**

*Il peut s’agir notamment d’une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d’une activité d’audit, de la rédaction d’articles ou de rapports d’expertise.*

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ORGANISME  (société, établissement, association) | FONCTION OCCUPÉE  dans l’organisme | RÉMUNÉRATION | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
|  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |

* 1. **Vous participez ou avez participé à des travaux scientifiques pour des organismes publics ou privés exerçant dans le champ des produits phytopharmaceutiques ou de biocontrôle**

*Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d’essais ou d’études*

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| - ORGANISME  (société, établissement, association)  - DOMAINE et type de travaux  - NOM du produit phytosanitaire, dont biocontrôle, ou du sujet traité | SI ESSAIS ou ÉTUDES préciser | RÉMUNÉRATION | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
| *Organisme*    *Domaine*    *Nom du produit* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
| *Organisme*    *Domaine*    *Nom du produit* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
| *Organisme*    *Domaine*    *Nom du produit* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
| *Organisme*    *Domaine*    *Nom du produit* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |

* 1. **Vous participez ou avez participé à une activité de prestation de service, autre que l'expertise ou la recherche, pour des organismes publics ou privés exerçant dans le champ des produits phytopharmaceutiques ou de biocontrôle**

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| - ORGANISME  (société, établissement, association)  - DOMAINE et type de travaux  - ACTIVITÉ | TYPES DE PRESTATION DE SERVICE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
| *Organisme*    *Domaine*    *Activité* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
| *Organisme*    *Domaine*    *Activité* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
| *Organisme*    *Domaine*    *Activité* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
| *Organisme*    *Domaine*    *Activité* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |

* 1. **Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés exerçant dans le champ des produits phytopharmaceutiques ou de biocontrôle**

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| - ENTREPRISE ou ORGANISME INVITANT  (société, établissement, association)  - LIEU et INTITULÉ de l’évènement  - SUJET de l’intervention, nom du produit visé | PRISE EN CHARGE des frais de déplacement | RÉMUNÉRATION | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
| *Organisme*    *Domaine*    *Activité* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
| *Organisme*    *Domaine*    *Activité* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
| *Organisme*    *Domaine*    *Activité* |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |

* 1. **Vous êtes inventeur et/ou détenteur d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec les produits phytopharmaceutiques ou de biocontrôle**

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NATURE DE L’ACTIVITÉ et nom du brevet, produit … | STRUCTURE qui met à disposition le brevet, produit, … | PERCEPTION Intéressement | RÉMUNÉRATION | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
|  |  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |
|  |  |  | Aucune  *Si oui, préciser le montant :* |  | en cours |

1. Activités que vous dirigez ou avez dirigées, ou auxquelles vous participez ou avez participé, et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'activité entre dans le champ des produits phytopharmaceutiques ou de biocontrôle

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| STRUCTURE ET ACTIVITÉ bénéficiaires du financement | ORGANISME A BUT lucratif financeur | POURCENTAGE DU MONTANT  des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure | MONTANT PERÇU | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
|  |  |  | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |  | en cours |
|  |  |  | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |  | en cours |
|  |  |  | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |  | en cours |
|  |  |  | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |  | en cours |

1. Participation financière dans le capital d'une société dont l'activité entre dans le champ des produits phytopharmaceutiques ou de biocontrôle

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STRUCTURE CONCERNÉE | TYPE D’INVESTISSEMENT | POURCENTAGE  de l’investissement dans le capital de la structure | MONTANT RETENU |
|  |  |  | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |
|  |  |  | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |
|  |  |  | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |

1. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'activité entre dans le champ des produits phytopharmaceutiques ou de biocontrôle

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ORGANISME | ACTIVITÉ HORS ACTIONNARIAT  Préciser la nature de l’activité | ACTIONNARIAT  Montant, si supérieur ou égal à 5 000 € ou 5 % du capital | LIEN DE PARENTÉ | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) |
|  |  | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |  |  | en cours |
|  |  | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |  |  | en cours |
|  |  | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |  |  | en cours |

1. Autres liens d'intérêt que vous considérez devoir être signalés

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ | COMMENTAIRES | DÉBUT  (mois/année) | FIN  (mois/année) | PRECISEZ  le cas échant, les sommes perçues |
|  |  |  | en cours | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |
|  |  |  | en cours | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |
|  |  |  | en cours | *(précision)*  *(montant)*    *(devise)*    *(compléments)* |

Fait à       Le

Signature :