

ANNEXE CCAP DEONTOLOGIE – MODELE DE DECLARATION D'INTERET

Conflit d'intérêt personnel

Le présent document est rempli pour chaque membre de l'équipe mobilisée pour la réalisation des prestations, avant chaque démarrage de prestation, au regard de sa situation professionnelle ou personnelle (mandataire, co-traitant ou sous-traitant).

Identité

M. / Mme (rayez la mention inutile)

Nom :

Prénom :

Fonctions au titre desquelles est produite la déclaration :

Nom et adresse de l'organisme :

Adresse de messagerie électronique :

Coordonnées téléphoniques :

Contexte de la déclaration :

Accord-cadre de prestations en actuariat pour la mise en œuvre d'un régime de protection sociale complémentaire en matière de prévoyance et pour le suivi des contrats référencés santé et prévoyance pour les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, des sports, de la jeunesse et de la vie associative.

Administration commanditaire :

Date de réalisation de la prestation : Du _____ au _____

Option à compléter

☐ Déclare qu'en application de l'article 9.3.4 du CCAP de l'accord cadre de prestations en actuariat pour la mise en œuvre d'un régime de protection sociale complémentaire en matière de prévoyance et pour le suivi des contrats référencés santé et prévoyance pour les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, des sports, de la jeunesse et de la vie associative, ne pas présenter de situation de potentiel conflit d'intérêt.

☐ Déclare qu'en application de l'article 9.3.4 du CCAP de l'accord cadre de prestations en actuariat pour la mise en œuvre d'un régime de protection sociale complémentaire en matière de prévoyance et pour le suivi des contrats référencés santé et prévoyance pour les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement

supérieur, de la recherche et de l'espace, des sports, de la jeunesse et de la vie associative, être en situation de potentiel conflit d'intérêt pour les raisons suivantes :

[A compléter, de manière détaillée et précise la situation de potentiel conflit d'intérêt par exemple :

- *a effectué une prestation auprès d'un client dont les intérêts entreraient en interférence avec les intérêts de la prestation effectuée auprès de l'administration,*
- *est un ancien agent de l'Etat ou de toute autre administration depuis moins de 5 ans,*
- *participe aux organes dirigeants d'un organisme public ou privé ou d'une société au cours des cinq dernières années*
- *dispose de participations financières directes dans le capital d'un organisme privé dont les intérêts pourraient interférer avec les intérêts de la prestation à effectuer ;*
- *le conjoint ou partenaire de PACS réalise une activité qui pourrait être contraire aux intérêts de la prestation ;*
- *dispose d'une fonction ou d'un mandat électif en lien avec la prestation à assurer*
- *dispose d'une fonction associative en lien avec la prestation à assurer*
- *...].*

Je soussigné _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration.

En cas de conflit avéré, je déclare accepter les dispositions d'organisation qui seront prises par l'administration concernant les prestations en cours (retrait de mon champ d'attribution, supervision renforcée, etc.).

Fait le _____

Signature :

Conflit d'intérêt de l'entreprise

Le présent document est rempli par une personne habilitée à représenter l'entreprise, voire le groupement le cas échéant, avant chaque démarrage de prestation, au regard des activités de l'entreprise.

Identité de l'entreprise et personne habilitée à la représenter

Joindre à la présente déclaration le pouvoir de la personne habilitée à représenter la société.

M. / Mme (rayez la mention inutile)

Nom :

Prénom :

Fonctions au titre desquelles est produite la déclaration :

Nom et adresse de l'organisme :

Adresse de messagerie électronique :

Coordonnées téléphoniques :

Contexte de la déclaration :

Accord-cadre de en actuariat pour la mise en œuvre d'un régime de protection sociale complémentaire en matière de prévoyance et pour le suivi des contrats référencés santé et prévoyance pour les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, des sports, de la jeunesse et de la vie associative

Administration commanditaire :

Date de réalisation de la prestation : Du _____ au _____

Option à compléter

☐ Déclare qu'en application de l'article 9.3.4 du CCAP de l'accord cadre de prestations en actuariat pour la mise en œuvre d'un régime de protection sociale complémentaire en matière de prévoyance et pour le suivi des contrats référencés santé et prévoyance pour les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, des sports, de la jeunesse et de la vie associative, ne pas présenter de situation de potentiel conflit d'intérêt.

☐ Déclare qu'en application de l'article 9.3.4 du CCAP de l'accord cadre de prestations en actuariat pour la mise en œuvre d'un régime de protection sociale

complémentaire en matière de prévoyance et pour le suivi des contrats référencés santé et prévoyance pour les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, des sports, de la jeunesse et de la vie associative, la société que je représente est en situation de potentiel conflit d'intérêt pour les raisons suivantes :

[A compléter, de manière détaillée et précise la situation de potentiel conflit d'intérêt, par exemple :

- *l'entreprise a effectué une prestation auprès d'un client dont les intérêts entreraient en interférence avec les intérêts de la prestation effectuée auprès de l'administration,*
- *l'entreprise va effectuer une prestation auprès d'un client dont les intérêts entreraient en interférence avec les intérêts de la prestation effectuée auprès de l'administration*
- *l'entreprise dispose de participations financières directes dans le capital d'un organisme privé dont les intérêts pourraient interférer avec les intérêts de la prestation à effectuer*
- *l'entreprise bénéficie de subventions publiques ou privées qui pourraient altérer son objectivité].*

Je soussigné _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration.

En cas de conflit avéré, je déclare accepter les dispositions d'organisation qui seront prises par l'administration concernant les prestations en cours (retrait de la mission, supervision renforcée, etc.).

Fait le _____

Signature :