**ANEXO I**

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES** |

A presente declaração tem por fito acautelar conflitos de interesses externos, diretos e/ou indiretos, por forma a ser garantida a integridade técnica e a imparcialidade da atividade desenvolvida no âmbito das atribuições e competências da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Região Autónoma da Madeira, (CFT-RAM).

Eu, abaixo assinado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com a categoria profissional de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula profissional n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro que fui devidamente informado(a) da obrigação de proceder à declaração de interesses face às situações e matérias específicas, em relação às quais for solicitado(a) a pronunciar-me, no domínio da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Região Autónoma da Madeira;

Mais declaro para os devidos efeitos e sob a minha inteira responsabilidade, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e completas, inexistindo qualquer omissão ou situação de conflito de interesses efetiva, aparente ou possível que seja do meu conhecimento.

[ ]  Não identifiquei conflito de interesses.

[ ]  Declaro os seguintes interesses:

Comissão de Farmácia e Terapêutica da Região Autónoma da Madeira, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura | :  |