

- • • ● **Compte tenu des éléments présentés ci-dessus, nous vous proposons de remplir le document suivant afin de nous informer de tout « intérêt » éventuel. Cette déclaration engage la responsabilité du déclarant qui doit s'assurer qu'elle est sincère, à jour et exhaustive.**

Je soussigné(e) (Prénom) (Nom), (Profession) Nathalie Jeandidier Endocanne
 Intervenant au titre de Enseignant PUPT au sein de DPC Loire

Déclare avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer les intérêts éventuels et leur nature et être donc en mesure de déclarer sur les cinq dernières années :

1) Activité principale :

| Activité | Exercice (libéral, salarié, autre...) | Lieu d'exercice | Début (Mois/année) | Fin (Mois/année) |
|--------------------------------------|--|------------------|-----------------------|---------------------|
| <u>Médecine</u> <u>long terme</u> | <u>salarié</u> | <u>Shashovp.</u> | <u>1989</u> | <u>en cours</u> |
| | | | | |

2) Activités à titre secondaire :

(Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration, travaux ou études scientifiques, consultant, articles, congrès...)

| Structure ou organisme | Fonction ou activité | Rémunération (oui/non) | Début (Mois/année) | Fin (Mois/année) |
|--|----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------|
| <u>Intervenant</u> <u>symposium</u> | <u>Lilly : SFE</u> | <u>oui</u> | <u>octobre</u> | <u>octobre</u> |
| | | | | |

3) Activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration :

| Structure et activité bénéficiant du financement | Organisme à but lucratif financeur | Début (Mois/année) | Fin (Mois/année) |
|--|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

4) Participations financières dans le capital d'une société : **NON**

| Structure concernée | Type d'investissement |
|---------------------|-----------------------|
| | |
| | |

5) Existence de proches parents salariés ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration : **NON**

| Organismes concernés | Commentaire | Début (Mois/année) | Fin (Mois/année) |
|----------------------|-------------|-----------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |

6) Autres liens d'intérêts que le déclarant choisit de faire connaître : **NON**

| Élément ou fait concerné | Commentaire | Début (Mois/année) | Fin (Mois/année) |
|--------------------------|-------------|-----------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |

Je n'ai aucun lien d'intérêt à déclarer.

Fait à : **Strasbourg** le **4/12/20**

Signature :



Professeur Nathalie JEANDIER
 HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
 Hôpital Civil
 Endocrinologie, Diabète et Nutrition
 Tél. : 03 88 11 66 03 - Fax : 03 88 11 62 58
 Email : nathalie.jeandier@chru-strasbourg.fr
 N° RPPS : 10002428000