



Attachment 1
INVESTIGATOR FINANCIAL INTEREST
DISCLOSURE FORM

NAME _____

PROJECT TITLE _____

ROLE IN THE PROJECT PI Post-doc PhD Student
 Staff Scientist Technician Other
 Sub-recipient

PRINCIPAL DUTIES IN THE PROJECT
(a brief and specific description of the research activity carried out within the project)

TRAINING Done To Do

TYPE OF DISCLOSURE:
 Initial Disclosure
 Second Disclosure
 Annual disclosure for the year _____
 Update of previous disclosure



**Attachment 1
INVESTIGATOR FINANCIAL INTEREST
DISCLOSURE FORM**

Please disclose below all your financial interests and those of your spouse and dependent children (hereinafter “Family Members”).

Please note that the following interests do not need to be disclosed:

- salary, royalties or other remuneration paid by your Institution;
- ownership interests in your Institution;
- income from investment vehicles, such as mutual funds and retirement accounts, as long as you do not directly control the investment decisions;
- income from seminars, lectures, teaching engagements or service on advisory committees or review panels sponsored by a federal, state or local government agency, an institution of higher education, an academic teaching hospital, a medical center, or a research institute that is affiliated with an institution of higher education;
- any travel reimbursed or paid by a federal, state or local government agency, an institution of higher education, an academic teaching hospital, a medical center or a research institute that is affiliated with an institution of higher education.

Concerning the types of Financial Interests and Significant Financial Interests (SFI) for project funded by the PHS please refer to FCOI Procedure (PSO 058), page 3.

REMUNERATION DISCLOSURE

Have you or a Family Member received any remuneration from external entities such as salary, consulting fees, honoraria, etc in the last twelve months? Yes No

If yes, please provide the following additional information:

Who has received the remuneration? Self Family Member

Name of external entity _____

Role in the external entity _____

Nature of the remuneration
(salary, consulting fees, etc) _____

Amount of the remuneration _____

Comments or explanatory information



**Attachment 1
INVESTIGATOR FINANCIAL INTEREST
DISCLOSURE FORM**

EQUITY DISCLOSURE

Do you or a Family Member own stock or hold stock options of an external entity at the time of disclosure?

Yes No

If yes, please provide the following additional information:

Who is the owner of the stock/
stock option?

Self

Family Member

Name of external entity _____

Equity market value/fair value _____

Comments or explanatory information

INTELLECTUAL PROPERTY DISCLOSURE

Do you or a Family Member have rights to and/or receive royalties from intellectual property (e.g. patents, copyrights) licensed to or owned by an external entity at the time of disclosure?

Yes No

If yes, please provide the following additional information:

Who has the rights or receives the
royalties?

Self

Family Member

Name of external entity _____

Nature of the intellectual property
(patents, copyrights, etc) _____

Amount of the compensation _____

Comments or explanatory information



**Attachment 1
INVESTIGATOR FINANCIAL INTEREST
DISCLOSURE FORM**

SPONSORED / REIMBURSED TRAVEL DISCLOSURE

Please provide the list of any travel reimbursed/sponsored by an external entity in the last twelve months:

Name of the external entity	Purpose of the trip	Destination	Duration (dd/mm/yy-dd/mm/yy)

I have read Ospedale San Raffaele Financial Conflict of Interests procedure (PSQ 058) and have completed this form to the best of my knowledge and belief. If required, I will comply with any conditions or restrictions imposed by Ospedale San Raffaele to manage any real or perceived conflict.

Should my financial interests, or those of my Family Members, change in any way that results in different answers to any of the questions asked in this form, I agree to promptly submit a revision.

Ospedale San Raffaele will use the disclosed information only for the purpose of evaluating potential financial conflict of interests that may bias the design, conduct and reporting of the research project named above.

I understand that the information provided may be disclosed outside of the European Community as required by the Ospedale San Raffaele Financial Conflict of Interests Procedure.

Information regarding the disclosed financial interests and OSR review of and response to such disclosure will be made available to the United States Department of Health and Human Services promptly upon request regardless of whether the disclosure resulted in the determination of a financial conflict of interest.



**Attachment 1
INVESTIGATOR FINANCIAL INTEREST
DISCLOSURE FORM**

Page 5 of 6

Information concerning any financial conflict of interests identified by OSR Financial Conflict of Interests Committee after analysis of my disclosure will be made available to any member of public (upon written request) within five business days from the date the request for information is received.

I understand that I may withdraw consent at any time by notifying by email at fcoi@hsr.it.

I understand that the withdrawal of consent may result in the suspension or termination of the related project.

Date _____

Signature _____



OSPEDALE SAN RAFFAELE

INFORMATIVA PRIVACY

ai sensi dell'art.13 D.Lgs.196/03

Ospedale San Raffaele s.r.l.

Gentile Dottoressa/ Egregio Dottore,
ai sensi dell'art. 13, del D.Lgs.196/03 "Codice Privacy", Ospedale San Raffaele s.r.l., nella sua qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il Titolare), con sede in Milano, in via Olgettina n.60, deve fornirLe le specifiche informazioni, di seguito riportate, al fine di consentirLe di rilasciare un consenso "libero ed informato" al trattamento dei Suoi Dati Personali.

1. Origine e natura dei Dati Personali

I Suoi Dati Personali sono raccolti dal Titolare direttamente presso di Lei, nel momento in cui chiede di poter applicare al bando _____ per ottenere un finanziamento per un progetto di ricerca.

2. Finalità del trattamento

I Suoi Dati Personali saranno trattati nell'ambito della normale attività del Titolare, per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione della sua proposta/progetto (attività amministrativa) in accordo con la procedura aziendale sul conflitto di interesse finanziario.

3. Modalità del trattamento

I Suoi Dati Personali saranno trattati - secondo i principi correttezza, liceità e trasparenza - sia in forma cartacea che elettronica. In ogni caso, per prevenirne la loro distruzione, il loro trafugamento o la loro perdita, sarà garantita la loro sicurezza logica, fisica e la loro riservatezza mediante l'adozione di misure ritenute più idonee allo scopo.

4. Natura del conferimento dei dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto di rispondere

Per poter consentire il rispetto dei requisiti imposti da _____ è imprescindibile il trattamento dei Dati riguardanti il Suo stato finanziario così come quello dei suoi familiari. Per tale motivo è indispensabile che Lei ci consenta il trattamento dei Suoi Dati Personali affinché si possa adempiere ai requisiti richiesti, quali tra l'altro l'accesso da parte di terzi alle informazioni riguardanti un eventuale suo conflitto d'interesse finanziario.

5. Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati

Nello svolgimento della propria attività e per il perseguimento delle finalità di cui al precedente paragrafo 2, il Titolare potrebbe comunicare i Suoi Dati Personali, a soggetti terzi ubicati anche al di fuori della Comunità Europea (ad esempio gli Stati Uniti d'America) quali: l'Ente Finanziatore, Ente governativo erogatore del finanziamento (su sua espressa richiesta), organismi di controllo, organi della pubblica amministrazione.

6. Ambito di diffusione dei dati

I Suoi Dati Personali riguardanti eventuali ed accertati conflitti di interesse non saranno oggetto di diffusione (intendendosi per tale, il dare conoscenza di dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione).

7. Diritti dell'interessato

Ai sensi dell'articolo 7, Codice Privacy, Lei, in qualità di Interessato ha il diritto di ottenere, a cura del Titolare, la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi;

Inoltre, Lei ha diritto di ottenere:

- l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- l'attestazione che le operazioni di cui sopra sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutela.

8. Responsabili per il riscontro con l'interessato

Il Titolare, con sede in Milano, in via Olgettina n.60, ha designato come "Responsabili del trattamento dei dati personali" tutti i Direttori di Unità Operative dell'area clinica, tutti i Direttori dell'area amministrativa e tutti i Direttori delle Divisione dell'area scientifica, i cui nominativi sono consultabili presso l'Ufficio Legale del Titolare.