



# SUNDHEDSSTYRELSEN

## Intern habilitetserklæring

### Indsendt

21.08.2024 17:17:07

### ReferanceID

SUN0002-1005772

## 1. Personoplysninger

### Information om habilitetserklæring

#### Fulde navn

Claus Malta Nielsen

#### Email

clmn@sst.dk

#### Jeg er:



Chef

**Angiv mailadresse på din nærmeste leder, som er modtageren af din habilitetserklæring:**

sshs@sst.dk

---

**Angiv mailadresse på din enheds postkasse:**

sstuddannelse@sst.dk

---

## 2. Erklæring

Oplysninger om personlige interesser

---

**1.1 - Jeg ejer aktier, anpartar, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse**



Nej

---

---

**1.2 - Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse**



Nej

---

---

**1.3 - Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.**



Nej

---

---

**1.4 - Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.**



Nej

---

---

**1.5 - Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen.**



Nej

---

---

**1.6 - Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?**



Nej

---

---

**1.7 - Hvis der er andre omstændigheder, der kan påvirke din habilitet i forhold til bestemte sager eller virksomheder, skal du anføre det her:**



Ja

---

Jeg rådgiver sundhedsfagligt direktoratet for Kriminalforsorgen, primært i sager om indsattes anmodning om benådning af helbredsgrunde og om ansattes helbred mhp tjenestemandsansættelse.

---

### 3. Underskrift

#### Underskriv din erklæring

---

##### Erklæring

Jeg erklærer, at ovenstående giver et fyldestgørende billede af mine direkte og indirekte interesser i virksomheder, der er undergivet Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse og tilsyn. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny habilitetserklæring, hvor ændringerne fremgår.

---

##### Dato:

21.08.2024

---