

Intern Habilitetserklæring

1. Oplysninger om personlige interesser

Du skal nu svare på en række spørgsmål om din tilknytning til sygehuse, lægemiddelindustrien, institutioner og virksomheder, der anvender ioniserede stråling og radioaktive kilder m. v.

Når du besvarer spørgsmålene skal du være opmærksom på, at Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse omfatter følgende institutioner og virksomheder.

- Sygehuse (private og offentlige), klinikker, regioner og kommuner.
- Sygehuse inkl. Enkeltafdelinger og klinikker (private og offentlige) og virksomheder, der anvender ioniserende stråling og radioaktive kilder.
- Virksomheder, der opererer på områder, hvor Sundhedsstyrelsen udsender vejledninger, retningslinjer. Fx afhængighedsskabende produkter m. v.

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

Ja Nej

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

Ja 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*.

Det omfatter også ansættelse ved private eller offentlige sygehuse samt medlemskab af advisory boards og anden rådgivning.

Ja Nej

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

Ja 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.

Ja 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*.

Ved nærmeste familie forstås:

- *Ægtefæller, samlever eller sambo*
- *Børn, forældre eller søskende*
- *Nieces eller nevøer*

Det kan fx være, hvis din ægtefælle er ansat i en lægemiddelvirksomhed eller på et apotek.

Ja 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.

Hvis du fx har bijob eller forskningsaktivitet ved siden af din ansættelse i Sundhedsstyrelsen, skal det oplyses her.

Hvilke:

Habilitets erklæring for medarbejdere i Sundhedsstyrelsen

Alle ansatte i Sundhedsstyrelsen skal udfylde en habilitetserklæring. Det gør vi primært for at sikre, at ingen kommer til at deltage i konkrete afgørelser eller andet arbejde, hvor personlige eller økonomiske interesser kan komme til at påvirke udfaldet og dermed så tvivl om Sundhedsstyrelsens troværdighed eller intrigeret.

Habilitetserklæringerne skaber tillid til, at vi træffer vores afgørelser på et sagligt grundlag og i øvrig forvalter sundhedsområdet professionelt. Samtidig beskytter det dig som medarbejder ved at forhindre, at du kommer til at arbejde med sager, hvor der kan være en interessekonflikt, som du måske selv ikke var opmærksom på.

Når du har underskrevet og indsendt din habilitetserklæring, vil din nærmeste leder vurdere, om du har forhold, der kan have betydning for håndteringen af dine opgaver i Sundhedsstyrelsen. Hvis din leder vurderer, at der er forhold, der er problematiske for din habilitet, vil han eller hun kontakte dig. Svarer du ja til nogle af spørgsmålene, er det ikke ensbetydende med, at der er problemer med din habilitet. Det beror på en konkret vurdering af forholdet og den opgave, som du skal varetage for Sundhedsstyrelsen.

Erklæringer for direktion, chefer og sektionsledere bliver offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. I D4 finder du yderligere oplysninger om Sundhedsstyrelsens habilitetspolitik.

Navn:

E-mail:

Jeg er:

Medarbejder

Sektionsleder

Chef

Angiv mailadressen på din nærmest leder, som er modtageren af din habilitetserklæring

2. Underskriv din 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: