Une image contenant texte, Police, Graphique, logo

Description générée automatiquement

**DÉCLARATION D’INDÉPENDANCE DES ASSOCIATIONS MEMBRES OU CANDIDATES À UNE UNION RÉGIONALE DES**

**ASSOCIATIONS AGRÉÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ**

*Déclaration à remplir par le-la responsable de l’association adhérente*

Je soussigné-e, ……………………………………………………………………………………………………………

Président-e de l’association……………………………………………………………………………………………

Certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements suivants :

1. **Sur l’association**

Objet social :

Membres du bureau (et leur situation sociale[[1]](#footnote-1)) :

1. **Sur les ressources de l’association (pour les trois dernières années)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ressources pour l’année ….** | | | |
| **Source** | **Identité des**  **financeurs** | **Montant du financement, dons, etc.** | **Pourcentage du budget total** |
| Cotisations des adhérents |  |  |  |
| Subventions publiques |  |  |  |
| Dons et Legs (locaux, matériels, etc.) |  |  |  |
| Financements privés |  |  |  |
| Activités économiques de l’association |  |  |  |
| Autres sources de financements |  |  |  |
| **TOTAL DES RESSOURCES DE L’ANNÉE …… :** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ressources pour l’année ….** | | | |
| **Source** | **Identité des**  **financeurs** | **Montant du financement, dons, etc.** | **Pourcentage du budget total** |
| Cotisations des adhérents |  |  |  |
| Subventions publiques |  |  |  |
| Dons et Legs (locaux, matériels, etc.) |  |  |  |
| Financements privés |  |  |  |
| Activités économiques de l’association |  |  |  |
| Autres sources de financements |  |  |  |
| **TOTAL DES RESSOURCES DE L’ANNÉE …… :** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ressources pour l’année ….** | | | |
| **Source** | **Identité des**  **financeurs** | **Montant du financement, dons, etc.** | **Pourcentage du budget total** |
| Cotisations des adhérents |  |  |  |
| Subventions publiques |  |  |  |
| Dons et Legs (locaux, matériels, etc.) |  |  |  |
| Financements privés |  |  |  |
| Activités économiques de l’association |  |  |  |
| Autres sources de financements |  |  |  |
| **TOTAL DES RESSOURCES DE L’ANNÉE …… :** | | | |

**PRODUIRE EN ANNEXE LE BUDGET TOTAL DE L’ASSOCIATION PAR ANNÉE**

**D’EXERCICE (BILAN ET COMPTE D’EXPLOITATION) DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES**

1. **Sur les liens d’intérêts non-financiers**
   1. **Liens éventuels avec un syndicat, think tank, parti politique, association, etc.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organisme (syndicat, think tank, parti ou mouvement politique, association, fondation, etc.)** | **Nature du lien**  **(soutien politique,**  **collaboration, etc.)** | **Période** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. **Présence de professionnels de santé ou de l’action sociale au sein des instances de gouvernance de l’association**

Participation de professionnels de santé (en ou hors activité) ou de l’action sociale aux instances de gouvernance de l’association (indiquer le nombre et le pourcentage par rapport à la totalité des membres des instances de gouvernances) :

1. **Pièces à joindre à la présente déclaration :**

* Nom, prénom et profession des membres du conseil d’administration de l’association ;
* Budget total de l’association par année d’exercice (bilan et compte d’exploitation) des trois dernières années ;
* Dernière version des statuts publiés au Journal officiel ;
* Agrément santé (décision d’agrément et formulaire de demande) ;

1. **Mentions légales**
   1. Les données à caractère personnel (DCP) collectées à travers la présente déclaration d’intérêt sont traitées par l’URAASS à des fins de vérification par le Comité de déontologie de l’indépendance de l’association et de l’absence de conflit d’intérêt, en confrontant les liens déclarés, aussi bien financiers que non financiers (notamment liens éventuels avec un syndicat, think tank, parti politique, association, présence de professionnels de santé ou de l’action sociale au sein des instances de gouvernance de l’association), aux objectifs de la mission de l’association envisagée au sein de l’Union.
   2. Les DCP sont conservées pendant la durée de l’adhésion de l’association à l’UNAASS.
   3. Les informations collectées seront publiées par le Comité de déontologie sur le site internet de l’UNAASS [www.france-assos-sante.org](http://www.france-assos-sante.org).
   4. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 pour la protection des données (RGPD) et à la Loi informatique et libertés modifiée le 20 juin 2018, vous disposez d’un droit d’opposition à ce traitement de vos données, ainsi que des droits d’accès, de rectification et d’effacement, de limitation du traitement et de portabilité. Vous pouvez exercer ces droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l’UNAASS : [dpo@france-assos-sante.org](mailto:dpo@france-assos-sante.org).
   5. La présente déclaration doit être actualisée dès qu’une modification intervient, et au minimum annuellement même sans modification.
   6. **Toute déclaration mensongère est susceptible d’entraîner la radiation de l’association après avis du comité de déontologie.**
   7. **Aux termes de l’article L.441-1 du Code pénal** « Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

Fait à

Le

*Signature obligatoire*

(mention non rendue publique)

1. Salarié-e (préciser la profession), retraité-e, étudiant-e, etc. [↑](#footnote-ref-1)