

## UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS AGRÉÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

### DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

Je renseigne cette déclaration en qualité de :

- ☐ Candidat-e ou représentant-e d'association au conseil d'administration l'UNAASS
- ☒ Candidat-e ou représentant-e d'association au comité régional de l'URAASS de  
..... *N. Lemaire* .....
- ☐ Salarié-e de l'UNAASS
- ☐ Salarié-e de l'URAASS de .....
- ☐ Autre (préciser : .....) )

Documents à joindre obligatoirement à la présente déclaration :

- ☐ Habilitation expresse de l'association à agir en qualité de représentant-e (pour les représentant-e-s d'association)
- ☐ Parcours de vie

Nom	<i>SCHAPMAN</i>
Prénom	<i>philippe</i>
Né-e le	.....

Adresse	
N° de téléphone	
Adresse électronique	
Fonction au sein de l'UNAASS/URAASS	Vice président
Situation sociale (salarié-e, retraité-e, étudiant-e, etc.)	Retraité de la fonction publique Hospitalière
Profession	Cadre de Santé retraité
Association représentée	UFL - que Choisir de Rouen
Objet social de l'association représentée (préciser si l'association a des activités économiques)	Consommation Santé Environnement
Fonction au sein de l'association représentée (préciser la qualité de bénévole ou salarié-e)	Bénévole vice-président

9.7. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

Je soussigné-e SCHAPIRAN Philip reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble de la présente déclaration, des obligations qui y sont liées, et notamment de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les personnes physiques ou morales dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de la santé et/ou du médico-social.

Fait à Rouen

Le 4 Mars 2019

*Signature obligatoire (suivie de la mention lu et approuvé)*

