



**MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ANNEXE 2

**Déclaration d'absence de conflit d'intérêts et de confidentialité
Protection sociale complémentaire**

Formulaire à compléter puis à retourner

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Fonction :

Représentant l'organisation (organisation syndicale, administration...) :

Déclare sur l'honneur :

- Ne faire partie, à ce jour, d'aucun organisme assureur qui pourront être sélectionnés dans le cadre de la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire au sein du périmètre du ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire en qualité de salarié, d'administrateur ou, le cas échéant, d'actionnaire.
- N'exercer aucune fonction délibérante ou dirigeante, au sein d'un tel organisme
- N'être en situation de conflit d'intérêts¹ avec aucun des organismes dont la candidature à l'appel d'offres est éligible.

Et m'engage à faire connaître sans délai au Service des ressources humaines du ministère toute modification dans ma situation susceptible de conduire à un conflit d'intérêts.

A ne pas faire état auprès de tiers du contenu des échanges et documents communiqués à l'occasion de la négociation en cours, à l'exception des organes directeurs des organisations syndicales.

Fait à _____ , le

Signature

¹ Constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou à paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction.