

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16, RUE BONAPARTE - 75272 PARIS CEDEX 06
Tél : 01 42 34 57 70 - www.academie-medicine.fr

Déclaration de liens d'intérêts (DLI)

Nom **RODHAIN**

Prénom **François**

Division et Section **4^e division, section : médecine et société**

- Liens d'intérêts

Si aucune modification depuis l'année précédente, cochez cette case, signez la DLI, et envoyez-la



1- Activité(s) professionnelle(s) hospitalo-universitaires, libérales ou universitaires à la date de la présente DLI et lors des cinq dernières années (à l'exception de l'indemnité académique et des pensions de retraite)

Identification de l'organisme employeur (ou des organismes)	Période d'exercice de l'activité	Description de l'activité professionnelle (ou des activités professionnelles)

6- Liens familiaux pouvant avoir une interférence avec les domaines entrant dans le champ de compétences de l'Académie

Identification de l'employeur	Description de l'activité

7- Autres liens d'intérêts en dehors du domaine de la santé dont le déclarant estime qu'ils sont de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts.

8- Observations

Je soussigné(e) : *RODHAINE FRAUQEN*

Déclare sur l'honneur qu'à ma connaissance, tous les liens directs ou indirects, qui seraient de nature à porter atteinte à l'objectivité et à l'impartialité dont je dois faire preuve dans le cadre de mes activités au sein de l'Académie, ou auprès de l'Académie, sont énumérés ci-dessus.

Je m'engage en outre à notifier par écrit et immédiatement tout changement dans la situation établie ci-dessus. Je compléterai alors une nouvelle déclaration de liens d'intérêts indiquant les changements intervenus.

Fait à Paris le 26 septembre 2026

Signature

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' followed by a long horizontal stroke.

L'absence de réponse dans le délai requis sera considérée comme un refus de déclaration.