**Formulario de declaración de
conflictos de intereses**

Puede surgir un conflicto de intereses cuando los intereses de nuestros empleados, o los de nuestra familia y amigos, interfieren con la capacidad para tomar decisiones que vayan en el mejor interés de GXO.

Este formulario de conflicto de intereses se utiliza para declarar y documentar cualquier conflicto de intereses, potencial o real, que pueda existir entre GXO y un empleado de GXO. Este formulario debe rellenarse de la mejor manera posible para que los detalles de la situación queden claros para alguien que no esté involucrado en ella. Una vez cumplimentado, envíe el formulario a su supervisor para que lo revise y para que lo apruebe. A continuación, su supervisor se lo enviará al Departamento de Ética y Cumplimiento de GXO (ethics@gxo.com) para su revisión y aprobación final.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre (persona que rellena el formulario):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Puesto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿Este formulario de declaración de conflicto de intereses se refiere a usted o a otro empleado?** |
| **Yo mismo:** [ ]  | **Otro empleado:** [ ]   | **Nombre del empleado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Puesto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Unidad de negocio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Describa el conflicto lo mejor que pueda:**

[agregue texto aquí incluyendo quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cómo]

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

**Revisión del supervisor:**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de recepción: |  |
| Revisado por: Nombre y puesto |  |
| Recomendado para aprobación: | Sí/No |
| Comentarios del revisor: (describa por qué ha aprobado o rechazado el formulario de conflicto de intereses |  |
| Firmado: | ……………………………………………. |

**Revisión de la Oficina de Ética y Cumplimiento:**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de recepción: |  |
| Revisado por: Nombre y puesto |  |
| Recomendado para aprobación: | Sí/No |
| Comentarios del revisor: (describa por qué ha aprobado o rechazado el formulario de conflicto de intereses |  |
| Firmado: | ……………………………………………. |

|  |
| --- |
| **CONTROL DE VERSIÓN** |
| **Ver.****Núm.** | **Fecha de publicación** | **Aprobado por** | **Motivo de la nueva publicación** |
| 1 | 02/08/2021 | Director de la Oficina de Cumplimiento | Documentación de política |
|  |  |  |  |