

Déclaration d'intérêts

Je soussigné,

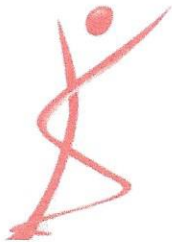
Nom : «Nom» **JUTEL**
Prénom : «Prénom» **Catherine**
Adresse professionnelle : «Adresse» - «Code_Postal» «Ville» **9 avenue des archers
56200 LA GACILLY.**

Certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-après :

I. Activités professionnelles

1.1 Masseur-kinésithérapeute

- **Exercice libéral**
- Si oui, préciser :
- | | |
|--------------------------|---|
| En cabinet | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Dans une autre structure | <input type="checkbox"/> si oui, laquelle : |
| Temps partiel | <input type="checkbox"/> |
| Temps plein | <input checked="" type="checkbox"/> |
- **Exercice salarié**
- Si oui, préciser :
- | | |
|--------------------------|--|
| En cabinet | <input type="checkbox"/> |
| Dans une autre structure | <input type="checkbox"/> si oui laquelle : |
| Temps partiel | <input type="checkbox"/> |
| Temps plein | <input type="checkbox"/> |
- **autre type d'exercice** si oui, préciser lequel :
- **retraité**
- si oui, préciser : Activités conservées si oui, lesquelles :



1.2 Autre(s) activité(s) professionnelle(s)

Préciser :

II. Mandats ordinaires

→ **Conseil national**

Si oui, préciser : la nature :
La durée du mandat :

→ **Conseil régional**

Si oui, préciser : la nature :
La durée du mandat :

→ **Conseil départemental**

Si oui, préciser : la nature :
La durée du mandat :

*Tresorière Adjointe
: 3 ans*

→ **Chambre Disciplinaire Nationale**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

→ **Chambre Disciplinaire de 1^{ère} Instance**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

→ **Section Assurances Sociale 1^{ère} Instance**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

→ **Section Assurances Sociales Nationale**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

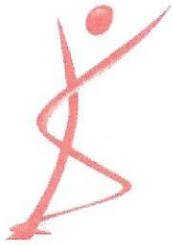
III. Autres fonctions électives

Préciser :

Le nom de la ou des organisations :

La nature du ou des mandats :

La durée du ou des mandats :



IV. **Autres responsabilités** (par exemple : le secteur associatif)

Préciser : *Association Professionnelle*

Le nom de la ou des structures ou associations : *MSP La gacilly*

La nature de la ou des fonctions : *Tresorière*

La durée de la ou des fonctions :

V. **Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'Ordre**

Préciser :

La nature de l'intéressement pour chaque société:

VI. **Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'Ordre**

Préciser :

L'identité du parent ou du proche :

La nature de l'intéressement pour chaque société:

VII. **Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés**

Préciser :

Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à *La gacilly* le *14/07/20*

Mention manuscrite « lu et approuvé »

« lu et approuvé »

Signature