

## Déclaration d'intérêts

Je soussigné,

Nom : **Garin corvaisier**

Prénom : **sophie**

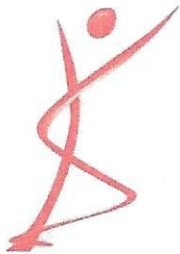
Adresse professionnelle : 1 allée des pinsons 56000 Vannes

Certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-après :

### I. Activités professionnelles

#### 1.1 Masseur-kinésithérapeute

- |   |   |
|---|---|
| → <b>Exercice libéral</b>               | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| Si oui, préciser :                      | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| En cabinet                              | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| Dans une autre structure                | <input checked="" type="checkbox"/> si oui, laquelle : clinique |
| Temps partiel                           | <input type="checkbox"/>  |
| Temps plein                             | <input type="checkbox"/>  |
| → <b>Exercice salarié</b>               | <input type="checkbox"/>  |
| Si oui, préciser :                      | <input type="checkbox"/>  |
| 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"/>  |
| → <b>autre type d'exercice</b>          | <input type="checkbox"/> si oui, préciser lequel :              |
| → <b>retraité</b>                       | <input type="checkbox"/>  |
| si oui, préciser : Activités conservées | <input type="checkbox"/> 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 : Vice présidente  
La durée du mandat : 3

→ **Chambre Disciplinaire Nationale**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

→ **Chambre Disciplinaire de 1<sup>ère</sup> Instance**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

→ **Section Assurances Sociale 1<sup>ère</sup> Instance**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

→ **Section Assurances Sociales Nationale**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

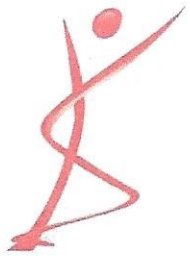
III. Autres fonctions électives

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 :

Le nom de la ou des structures ou associations :

La nature de la ou des fonctions :

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 : KINÉLOIRE - Société de Formation

La nature de l'intéressement pour chaque société: Formatrice

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 Vannes

le 20/07/2020

Mention manuscrite « lu et approuvé »

lu et approuvé

Signature

lu et approuvé