

III. LA DECLARATION D'INTERETS

---

Nom : MATHE DUPONT

Prénoms : Sophie

1- Activités professionnelles :

1-1 masseur-kinésithérapeute

• Exercice libéral +

- En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)

- Dans une autre structure (préciser)

- Temps partiel ou temps plein

• ~~Exercice salarié~~

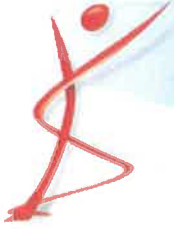
- ~~En établissement~~ (préciser)

- Dans une autre structure (préciser)

- Temps partiel ou temps plein

• ~~Autre type d'exercice~~ (préciser)





- ~~Retraité~~
- ~~Activités conservées~~ (préciser)

1-2 ~~Autre(s) activité(s) professionnelle(s)~~

Préciser

2- Mandats ordinaires

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)

2-4 Chambre Disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)

2-5 Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)

2-6 Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)

2-7 Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)





Z- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

Préciser

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. 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 Carquefou

Le 5 Mai 2021

Lu et approuvé (mention manuscrite)

Lu & approuvé

Signature

