

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *ARA SOMOHANO*

Prénoms : *Clare*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

CHU Grenoble Alpes

Autre structure (à préciser)

Site de Voiron

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *I sèle*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à grenoble Le : 03 juillet 2024

Signature obligatoire


C. ARTSONKHANOV

Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : BANIHACHEMI

Prénoms : Jean-Jacques

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de l'Isère 02/2024 à 02/2030
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*élu au conseil de surveillance de CHUGA
depuis janvier 2024.*

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

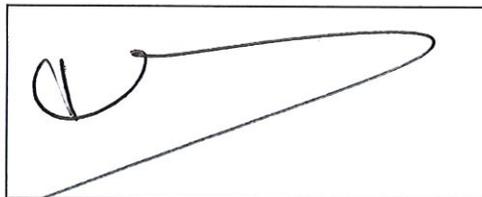
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Grenoble Le : 03.04.24

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : BESTACON

Prénoms : Stéphane

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'Isère depuis 3 ans*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

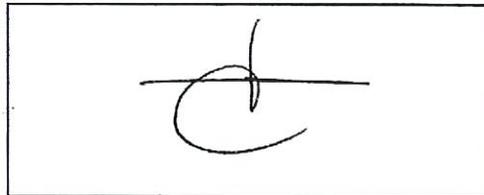
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Losmilla Le : 07/03/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de 38

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : **Bocaveraz**

Prénoms : **Fidèrèi**

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *P/Isère* *02/2024 → 02/2030*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

- président C.M.E de la Clinique des Cédus
- représentant des médecins libéraux à la C.P.L.

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Grenoble Le : 3-4-2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : BOULARES

Prénoms : Ouafa

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de L'Isère de l'ordre des Médecins pour 3 ans
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Gières Le : 11/03/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de L'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : BRISSON

Prénoms : Benjamin

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *10/02/2024 → 02/2036*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

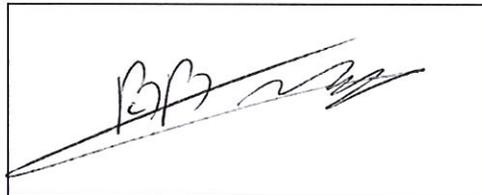
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Grenoble Le : 4/03/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : CADAT - VAN DER GARLIERE

Prénoms : Deborah

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *Isère* -> 02/2027
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

- Elue à URPS par 2 ans
- Elue Association CPTS Vice présidente par 2 ans
- Elue Secrétaire de la Fipsel par 1 an.

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

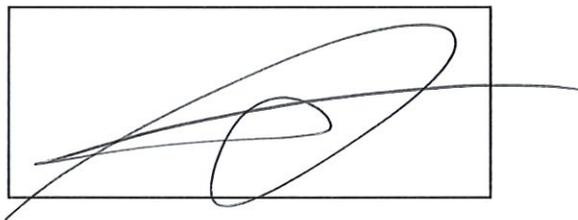
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à ... *Amboise* Le : *6/03/2024*

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de³⁸.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : CLÉMENTON

Prénoms : DAVID, PHILIPPE

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

médecine générale - omnipraticien.

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

Dr

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de l'ISÈRE (38), 2024 → 2030 (6 ANS)
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :



4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations



5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

BT

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Sc

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

Fait à Grenoble Le : 12/03/2024

Signature obligatoire



Dr David CLÉMENÇON

Déclaration à adresser au conseil départemental de l'ISERE (3P)

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *Colas Argen*

Prénoms : *Emmanuelle*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *1^{ère} Isère* *02/2024 → 02/2027*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Creuse Le : 20/12/24

Signature obligatoire


Docteur Emmanuelle COLAS-ATGER
Spécialiste APPAREIL DIGESTIF
Avenue Dugueyt-Jouvin
3500 VOIRON
07090 3

Déclaration à adresser au conseil départemental de la Creuse

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : DESCOTES

Prénoms : Anne .

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'Isère. Sans.*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Grenoble Le : 28 02 2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : Descotes

Prénoms : Jean Luc

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'Isère Gaus.*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de

Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.

- Autre :
Préciser le cadre :

*groupement de commissions de hospitalisation
au CNOM.*

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|---|--|--|-----------------------|---------------------|
| Labo Boyer Ipsen Janssen Astellas | Mission d'expertise Formation selon | <input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| Pied de fame NSD- | <u>Sollicitations</u> | <input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

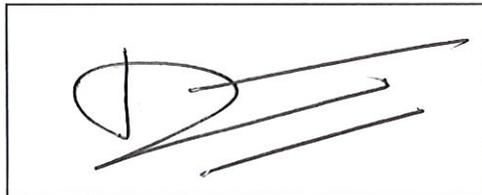
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Grenoble Le : 1 03 2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : DURET

Prénoms : FANNY MARWETTE ARTHEMISE

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de l'Isère (6 Ans)
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

DORÉ, fanny

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Grenoble..... Le : 16/02/2024.....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de L'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : FINET

Prénoms : PIERRE

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de **ISERE** jusqu'en 2027.
- Elu au conseil régional de **AUVERGNE - RHÔNE-ALPES**, jusqu'en 2028.
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
FORMATION RESTREINTE du CONSEIL RÉGIONAL.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

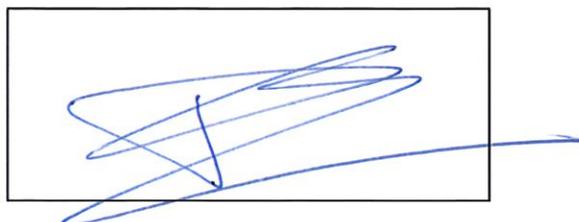
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à GRENOBLE Le : 19 / 02 / 2024 .

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de ISERE

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : GENTHON

Prénoms : ALEXANDRA

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

GHM de Grenoble (20%)

MRSI (Maison Ressource
Santé Isère)
(80%)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de

Iserre

1^{er} mandat 2015-21
2^e mandat 2021-27

- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Gendres Le : 26/02/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Bordeaux

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : GLATARD

Prénoms : Anne - Sophie

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *Isele*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à La Tronche Le : 21/5/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *HERBINSKI*

Prénoms : *Grégoire*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'Yonne* → 02/2027
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

- Vice Président de la CPTS Sud Gersonnien pour 3 Ans (prochain vote 2025)
- Médecin Coordinateur au sein de la Maison de Santé pluriprofessionnelle de Saint Marcelin.

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : - | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : - | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

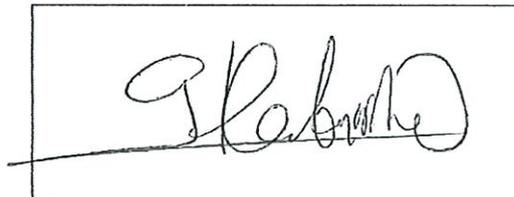
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à ... Creuse Le : ... 18/02/2014

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Creuse .

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *JAMON*

Prénoms : *Isabel*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

DECLARATION D'INTERETS

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *ISERE* → *02/2027*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à *la Tronche* Le : *16/02/2024*

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de *Isère*.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *ILEZACKIAN*

Prénoms : *GILLES*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de **ISERE** 0212024 → 0212030
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

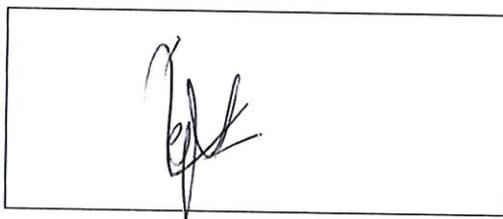
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à GRENOBLE Le : 05 Mars 2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de ISÈRE

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : LE GEXIS

Prénoms : Didis

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

GMD de Centre
Cluy d'Armentières

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'Isère* → 02/2027
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

Président du Syndicat de Médecins Unions Français
Vice-président du CNPU
Membre de l'Académie de Chirurgie
Élu UNPS / CPFS / CTS / Comité de Surveillance des CHA

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|---------------------------------------|----------------------|--|-----------------------|---------------------|
| PARACETA Grip Médical MOTIVANTE | Directeur Médical | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : SALAIRE | 2010. | — |
| Médical | Directeur Médical | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou <u>salarié</u> (préciser) : | 2012 | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

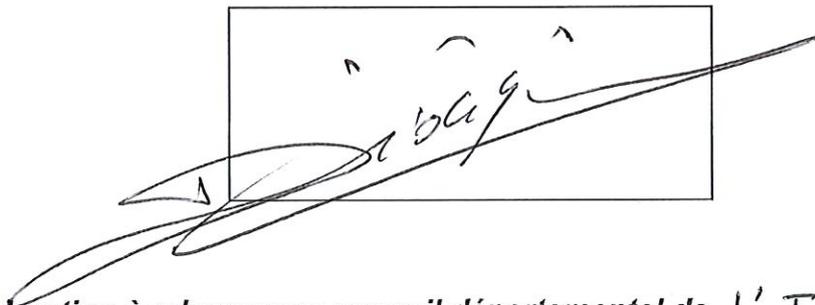
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Grenoble Le : 03 Avril 2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : LUNARDI

Prénoms : Gaëlle Marie

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de l'Isère 14/21/24 → 13/21/30
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

- Elue au bureau de MG France 38 (syndicat professionnel noncatégoriel représentatif) au poste de vice présidente depuis le 30/01/2024
- Elue déléguée départementale CARMF depuis 2021

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPEE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

pas à ma connaissance

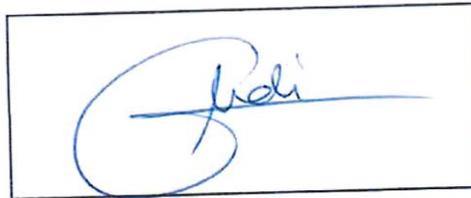
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPEE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Allevord..... Le : 17/02/2024.....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Yvelle (38)

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

PÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : MAISONNEUVE

Prénoms : Maxime Stéphane

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de l'Isère 02/2024 à 02/2030
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

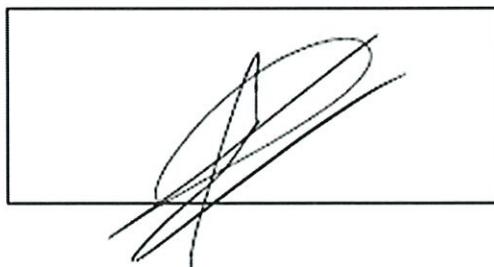
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Grenoble Le : 18/02/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom :

1
M. UESI

Prénoms :

Armel

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'Isère* *02/2024* → *02/2030*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

— Membre du Bureau
de NA 38

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à VOIRON Le : 30.4.24

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : NOREL

Prénoms : Nils

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'Isère - Suppléant - fev 2024*
↳ fev 2030
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

Président du Syndicat national des ORL - 2024 ; 3 ans
Secrétaire

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

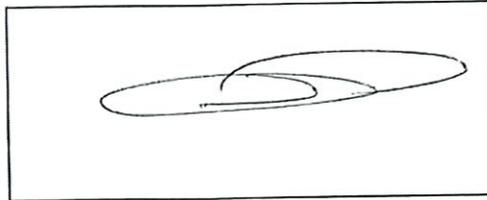
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Echirolles Le : 19.02.2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : MORIOT

Prénoms : ANNÉ

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de l'Isère 6 ans
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

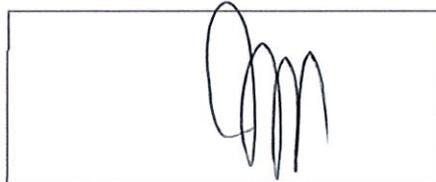
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.



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

Fait à SAINT MARCIN D'HALES Le : 16/2/2020

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : MOUSSEAU

Prénoms : MIREILLE - JACQUELINE

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif *Compl. empl. retraite au CHUGA*

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'Isère en 2024 → 02/2030*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires *NON*

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives *Non*

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public *Non*

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|---|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens *Non*

Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

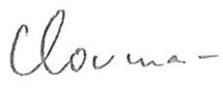
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Genève..... Le : 20/02/2024.....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de L'ISERE.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : PEZLET

Prénoms : Melanie Julie - Anne

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *Iser* pour *3 ans*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *Dr* *Gilles PERRIN*

Prénoms : *Gils*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *Isern* 02/2024 → 02/2030
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Président CTS 38
Elu URPS Médicaux AURA

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

si incompétente je m'engage à
démissionner de ce mandat

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|------------------------|---|-----------------------|---------------------|
| URPS Méd AURA | Elu au Collège 1 | <input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | Mandat de 5 ans | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

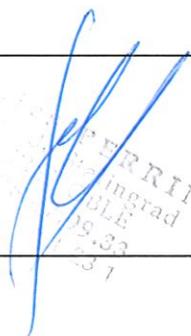
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à *grenoble* Le : *9.5/27/2026*

Signature obligatoire



FERRIN
Ingrad
BLE
09.33
37

Déclaration à adresser au conseil départemental de *38*

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : PERRIN

Prénoms : Sophie Françoise Gül

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'Isère depuis 2015*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : Philibert

Prénoms : Anne-Cécile

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de l'Isère 02/2024 → 02/2030
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

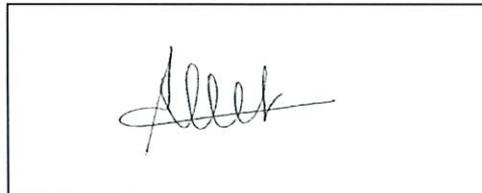
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Seyssins Le : 26/02/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental deI.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : RECHE

Prénoms : FABIAN

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'ISENE 0212024 → 0212030*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

- Conseil d'Administration de la SOFFOMM (Société Française de Chirurgie de l'Obésité) Depuis 2017

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|---|-----------------------|---------------------|
| BRANCHE | Formateur DPC | <input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | 10/ 2023 | En cours. |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

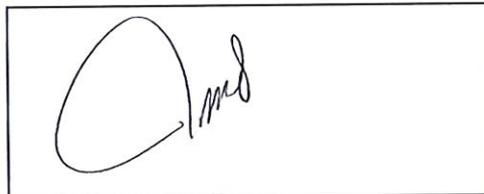
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Grenoble. Le : 11/03/2024.

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : THOMAS - CADIE

Prénoms : Claire

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Service Medical de
l'Isère

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *1^{er} Isère*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Neylon Le : 03/04/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Isère

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *Tomasella*

Prénoms : *Carole*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de **CDON 3P** 0212024 → 0212030
- Elu au conseil régional de **CRAU**
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre : **CANED à partir des prochains AG**
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

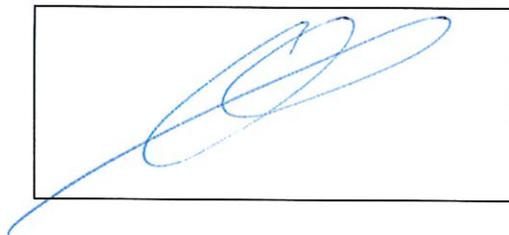
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à La Tranche Le : 20/2/24

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Ille-et-Vilaine

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : VENEZ
Prénoms : Grille

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *l'Isère* → 02/2027
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

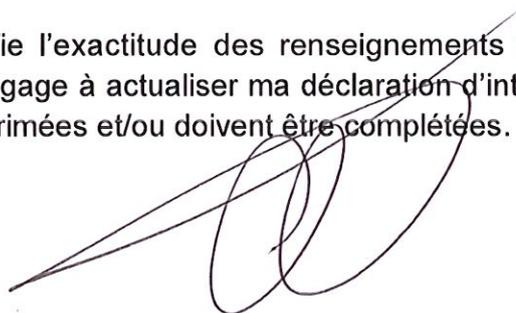
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

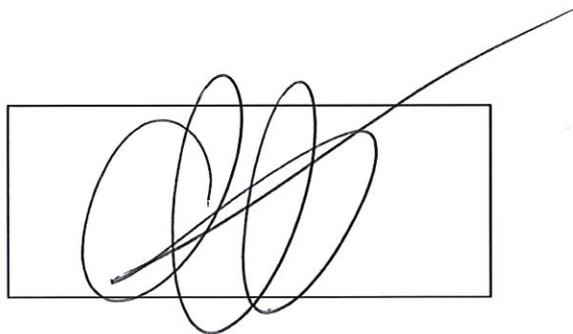
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.



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

Fait à Grenoble Le : 12/3/2014

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de ISERE

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : VERCHEMY - MOREL .

Prénoms : Bénédicte

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *Mère Suppléant* 02/2024 → 02/2030
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | RÉMUNÉRATION | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|--------------------------------------|---------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | | |

6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

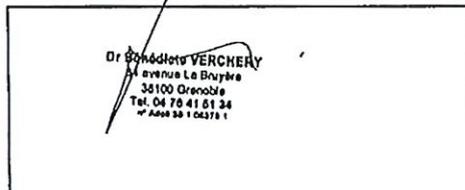
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

Fait à Genève Le : 19.02.24

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Drôme

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.