

III. LA DECLARATION D'INTERETS

Nom : AGOSTINI

Prénoms : Cécile

1- Activités professionnelles :

1-1 masseur-kinésithérapeute

• Exercice libéral

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

GRISONI Camille

- Dans une autre structure (préciser)

EHPAD Ste Famille

EHPAD Nason Notre Dame

- Temps partiel ou temps plein

Temps plein

• Exercice salarié

- En établissement (préciser)

- Dans une autre structure (préciser)

- Temps partiel ou temps plein

• Autre type d'exercice (préciser)

• Retraité

- Activités conservées (préciser)

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

6- Parents ou proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

Préciser l'identité du parent ou du proche, et la nature de l'intéressement pour chaque société

-
-
-
-
-

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

Préciser

☐ Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration.

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

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

Fait à Bastia

Le 22/06/2026

Lu et approuvé (mention manuscrite)

Signature

1

Lu et Approuvé

