



DECLARATION D'INTERETS

Nom : **BOURG**

Prénoms : **Fabienne Marie**

Numéro ordinal : **25860**

1- Activités professionnelles

1-1 *masseur-kinésithérapeute*

•Exercice libéral

- En cabinet - nom des collaborateurs : **Anaïs SABATIER, Isabelle KIFFER, Antonio RUBIO RIBERA, Pauline LANDRE**

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

RAS

2- Mandats ordinaires

2-2 *Conseil Régional* : **Suppléante au CIRO PACA Corse**

2-3 *Conseil Départemental* : **titulaire depuis 3 mandats.**

3- Autres fonctions électives

Elue aux URPS depuis 3 mandats (mandat en cours)

4- Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

Trésorerie association APPEL (parents d'élèves)

Secrétaire adjointe de la CPTS Grand Avignon

Titulaire de la CPD 84

Conseiller technique de la CPR

Déléguée départementale 84 du SNMKR

5- Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

RAS

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

RAS

7- Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés

RAS

Je soussignée **Fabienne BOURG** 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 **MONTEUX**

Le. **23 juin 2023**

Signature

Lu et approuvé