



III. LA DECLARATION D'INTERETS

Nom : Orosz

Prénoms : André Michel

1- Activités professionnelles :

1-1 *masseur-kinésithérapeute*

- Retraité

2- Mandats ordinaires

2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)
Conseiller régional durée du mandat 6 ans

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)
Secrétaire administratif durée du mandat 6 ans

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 Montcenis

Le 24/10/2024

Lu et approuvé (mention manuscrite)

Signature

Lu et approuvé