

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : NUKKARI

Prénoms : MAZEN

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée**

Etablissement hospitalier

CH Carcassonne

Autre structure (à préciser) :

clinique du Sud

clinique Montréal

- FAM Le Carignan

Retraité

Retraité actif

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat : 6 ans

Elu au conseil départemental de l'Aude

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

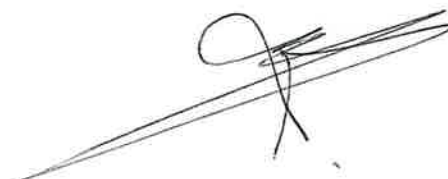
Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de

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

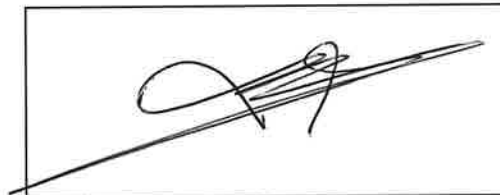
- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou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

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 CarcaSSonne Le: 15/2/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de l'Aude.

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.

