



## LA DECLARATION D'INTERETS

Nom : SPAGNOLLO ROGUES

Prénom(s) : Anne - Sophie

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1 Exercice libéral

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

Associés : Ferrara Dmitri / VILLARD Aurélie

Collaborateurs : Dauchot Charlotte / BARCEL French

- Dans une autre structure (préciser)

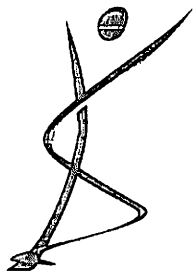
- Temps partiel ou temps plein exercice salarié

- En établissement (préciser)

- Dans une autre structure (préciser)

- Temps partiel ou temps plein autre type d'exercice (préciser)  
retraité

Règlement de fonctionnement adopté par le CNO le 20 mars 2014



- **Activités conservées (préciser)**

---

---

---

**1.2 Autres(s) activité(s) professionnelle(s) (préciser)**

---

---

**2. Mandats ordinaires**

**2.1 Conseil National (préciser la nature et la durée du mandat)**

---

---

**2.2 Conseil Régional (préciser la nature et la durée du mandat)**

---

---

**2.3 Conseil Départemental (préciser la nature et la durée du mandat)**

*1 membre du bureau 3 ans*

---

---

**2.4 Chambre Disciplinaire de Première Instance  
(préciser la nature et la durée du mandat)**

---

---

**2.5 Chambre Disciplinaire Nationales (préciser la nature et la durée du mandat)**

---

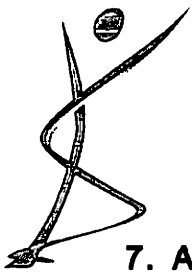
---

**2.6 Section des Assurances Sociales des Première Instance  
(préciser la durée du mandat)**

---

---

**Règlement de fonctionnement adopté par le CNO le 20 mars 2014**



**7. Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés (préciser)**

---

---

---

Je soussigné, SPAGNOL ROQUES Anne Sophie, 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.

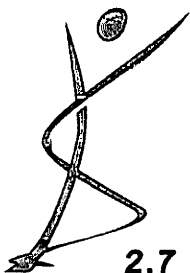
Fait à St Etienne

Le 06/10/2017

« lu et approuvé » (mention manuscrite) - Signature

"lu et approuvé"

**Règlement de fonctionnement adopté par le CNO le 20 mars 2014**



**2.7 Section des Assurances Sociales Nationale  
(préciser la durée du mandat)**

---

---

**3. Autres fonctions électives**

**Préciser la nature et la durée du ou des mandats, et le nom de la ou les organisations.**

---

---

---

**4. Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)**

**Préciser la nature et la durée de la ou des fonctions, et le nom de la ou des structures ou associations**

---

---

---

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

**Préciser la nature de l'intéressement pour chaque société**

---

---

---

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

---

---

---

**Règlement de fonctionnement adopté par le CNO le 20 mars 2014**