



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

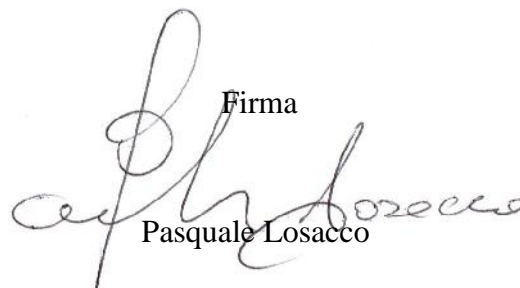
Il sottoscritto *Pasquale Losacco*, nato a *BARI* il *24/05/1970* E residente a in via *Salvatore Quasimodo, 2/a*, C.F.: *LSC PQL 70E24A662S* , per il conferimento dell'incarico di consulenza nelle attività finalizzate al mantenimento del Sistema di Gestione della Qualità e di assistenza nelle fasi di preparazione e svolgimento dell'Audit di Parte III dell'Area innovazione, Ricerca e Formazione dell'ASP di Potenza, consapevole, ai sensi dell'art 76 D.P.R. n. 445/2000 che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA:

l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Azienda Sanitaria ASP di Potenza.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali e la pubblicazione del curriculum sul sito istituzionale dell'ASP di Potenza.

Data 20 marzo 2015

Firma

Pasquale Losacco