



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 DPR n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto avvocato *Giuseppe Lo Sasso* nato a *VAGLIO BOS. (PZ)*

Il *03.01.1956*, residente a *VAGLIO BASILICATA* in *Prato del Popolo, 7*

Consapevole, ai sensi dell'art. 76 DPR 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

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25.11.2003, n. 326

Che non vi è conflitto d'interesse per l'assunzione dell'incarico oggetto della deliberazione del Direttore Generale n. *13* del *23.12.2016*

Il sottoscritto autorizza, ai sensi della legge 675/1996 e successive modificazioni ed integrazioni, il trattamento dei dati personali per gli assolvimento degli obblighi cui la Asp è tenuta per legge (pubblicazione curriculum ecc)

Uff. Potenza 10.01.2017

Firma