

Al Dott. Giacomo Chiarelli
ASP Potenza
Sede

DICHIARAZIONE ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSE

IL sottoscritto D'ORSI VINCENZO nato/a a LAVRIA (PE) il 12/10/1952
Residente a [REDACTED] ^{N°6} codice fiscale [REDACTED]

con riferimento alla deliberazione n° 322 del 25/05/2017 con la quale è stato conferito al/la sottoscritto/a l'incarico professionale di natura temporanea, ai sensi dell'art. 7, comma 6, D. lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. di Musicoterapia

DICHIARA

L'assenza, anche potenziale, di conflitto di interessi.

Luogo, data

LAVRIA, 5/6/2017

Firma

