



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

Il sottoscritto Pasquale Losacco, nato a il residente a in via , C.F. , 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 31 marzo 2017

Firma
