



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 **VALERIA D'ADDEZIO** nato a **POTENZA**

Il **03.09.70** residente a **POTENZA** in Via **MAR EGEO, 43**

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 25.1.2003, n. 326

Che non vi è conflitto d'interesse per l'assunzione dell'incarico oggetto della deliberazione del Commissario dell'Asp n. 611 del 28/08/18

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)

Li **07 settembre 2018**

Firma