

All'Azienda Sanitaria di Potenza

Oggetto: Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse - affidamento incarico di collaborazione

Il/La sottoscritto/a PONTANO ELIANA nato/a POTENZA
il 17-12-1975 e residente in POTENZA alla via
BARATTA n° 20 n., Codice Fiscale PSTLNE75T55G94ZE
in relazione all'incarico di PORTAVOCÈ, conferito con
la Deliberazione n. del, vista l'allegata normativa in materia, qui
richiamata, sulle situazioni anche potenziali di conflitto d'interesse

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 14, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i, consapevole che
chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in
materia,
l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

In fede.

Data 04.03.2022

Firma



- Datare e firmare anche le pagine di seguito allegate
- allegare un documento d'identità leggibile ed in corso di validità