

All'Azienda Sanitaria di Potenza

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

Il/La sottoscritto/a ROSIANO ELIANA nato/a [redacted]
il [redacted] e residente in [redacted] alla via [redacted]
[redacted] n. [redacted] Fiscale [redacted]
in relazione all'incarico di PERAROLE, 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 15/04/2025

Firma [redacted]

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