SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

Il/La sottoscritto/a FRANCESCO TUZIMIORI nato il [redacted] a [redacted]

e residente in [redacted] alla Via/Piazza [redacted]

in qualità di dipendente [redacted] in servizio presso [redacted], matr. [redacted]

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità begli atti

DICHIARA

- che non sussistono situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, rispetto ai procedimenti amministrativi fino ad oggi seguiti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 bis della Legge 241/1990 ed artt. 6 e 7 del D.P.R. n. 62/2013 e di quanto previsto dal Codice di Comportamento Aziendale di cui alla DDG n. 2022/00660 del 29/09/2022;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali e sopravvenuti motivi ostativi.

Luogo e data

ROMA, 9/6/25

[redacted]