

Pescara,

OGGETTO: Dichiarazione di assenza conflitto di interessi

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____
_____ (Prov. _____) il ____/____/____ in qualità di componente /
coordinatore del gruppo di verifica NIR / NIA finalizzato alle verifiche di appropriatezza,
legittimità e congruità delle prestazioni erogate dalla struttura _____
_____ con sede a _____ (Prov. _____),
consapevole delle conseguenze previste dalla Legge per le dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna condizione che possa configurare un conflitto di interesse nello svolgimento delle funzioni di componente / coordinatore del gruppo di verifica NIR / NIA sia con riferimento alle disposizioni di cui alla “Disciplina attuativa per il funzionamento delle verifiche di appropriatezza e legittimità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Abruzzo” che con riferimento al D.lgs n.39/2013 e s.m.i. e che le valutazioni saranno svolte in modo assolutamente indipendente da influenze esterne.

In Fede
