

Allegato D) alla Delibera ASR n. 55 del 14.09.2026

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 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 NIA sia con
riferimento alle disposizioni di cui al “Regolamento operativo regionale
verifiche ispettive prestazioni sanitarie strutture private accreditate 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
