

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI E
CONFLITTO D'INTERESSE**

Il/La sottoscritto/a Eduardo Balzano nato/a a [redacted]
il [redacted] residente in [redacted] via [redacted]
n. [redacted], titolare di un contratto presso la ASL n.1 Sassari

- ☐ a tempo determinato
☐ a tempo indeterminato
di collaborazione libero-professionale

visto l'art 53 del dlgs. 165/01, come modificato dalla legge n. 190/2012 e visto l'art 7 comma 1 del codice etico sull'assenza del conflitto di interessi dichiara

che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con la ASL n.1 di Sassari, ai sensi della normativa vigente.

di essere iscritto al penultimo anno [] l'ultimo anno della Scuola di Specializzazione in _____ di non essere iscritto al corso formativo di Medicina Generale;

di non incorrere nei casi di incompatibilità previsti dagli AA.CC.NN. ex art 8 del D.lgs. n. 502/92;

di non avere in corso alcun rapporto di lavoro (escluso quello da sottoscrivere con ASL n.1 di Sassari).

- ☐ di avere in corso alfi-o rapporto di lavoro con datore diverso da ASL n.1 di Sassari:

datore di lavoro _____
tipologia con-aEuale _____
in qualifi di _____ full time ☐ part time ☐

di aver preso visione del Codice di Comportamento Aziendale pubblicato in data 09.02.2022 (consultabile sul sito web aziendale www.asl1sassaria.it)

Sassari li 28/04/2023

Firma [signature]

Dott. Eduardo Balzano
Medico Chirurgo
OMCeO SS n° 6288