

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

Il/La sottoscritto/ **BUGROVA ANNA**

Nata a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ titolare di un contratto presso  
la ASL n.1 di Sassari

☐ A tempo  
☐ determinato

A tempo indeterminato

☒ Di collaborazione libero-professionale

visto l'art. 53 del d.lgs. 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 altro rapporto di lavoro con datore diverso da ASL n.1 di Sassari:

datore di lavoro \_\_\_\_\_

tipologia contrattuale \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ fulltime 0 parttime 0

di aver preso visione del Codice di Comportamento Aziendale pubblicato in data 09.02.2022

Sassari li 26.07.2023 \_\_\_\_\_

Firma Anna Bugrova