

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

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

a 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 I
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.

che non sussistono altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni a favore dell'Azienda
succitata.

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

☐ Di non avere in corso altro rapporto di lavoro con datore diverso da ASL n. 1 di Sassari:

di aver preso visione del Codice di Comportamento Aziendale pubblicato in data
09.02.2022 (consultabile sul sito web aziendale www.asl1sassari.it)

Sassari li 20-04-23

Firma