

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

Il/La sottoscritto/a Elvio Cuccini nato/a a [REDACTED]
il [REDACTED] residente in [REDACTED] via [REDACTED]
n. [REDACTED]

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

di essere iscritto al _____ penultimo anno [] l'ultimo anno della
Scuola di Specializzazione in Medicine Interna;

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

Sassari li _____ B Q3 _____

Firma _____