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

Il/La sottoscritto/a GIORGIA DEIANA nato/a a [redacted]
il [redacted] residente in [redacted] via [redacted]
_____ n. _____, 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 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 [2] anno Scuola di Specializzazione in GINECOLOGIA E OSTETRICIA;

☑ 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 _____ 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.asl1sassari.it)

Sassari lì 15/06/2023 Firma _____