

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

Il/La sottoscritto/a ELEONORA LONGONI nato/a a
il residente in via
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 [] 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. 11.502/92;

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 C] part time C]

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 19/12/2023

Firma _____