

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

Il/La sottoscritto/a STEFANO MANA nato/a a [REDACTED]
il [REDACTED] residente in [REDACTED] via [REDACTED]
[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 _____;
- ☒ 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.asl1sassari.it)

Sassari li 22/01/2023

Firma [Signature]