

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

Il/La sottoscritto/a MANCA MARIANNA nato/a a [REDACTED]
il [REDACTED] residente in [REDACTED] via [REDACTED]
n. [REDACTED], 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 >4°penultimo anno t] l'ultimo anno della Scuola di Specializzazione in IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA; 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 O part time O		

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 21/12/2023

Firma _____