

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

Il/La sottoscritto/a MARIANI ANNA ANTONELLA nato/a a
il residente in via
 n. ,

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 MEDICINA INT. MALATTIE INFETTIVE;
- ☒ 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 22/02/2023

Firma 