

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCONFERIBILITÀ MNCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI E CONFLITTO
D'INTERESSE

II/La sottoscritto/a MOLINO SARA 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 penultimo anno [] l'ultimo anno della Scuola di Specializzazione in EDICINA /AJTERMA

- ☒ 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. I di Sassari:

di aver preso visione del Codice di Comportamento Aziendale pubblicato con Delibera del Direttore Generale n. 717 del 13.07.2023 (consultabile sul sito web aziendale www.asl1sassari.it)

Sassari li

13/12/2024

Firma