

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

Il/La sottoscritto/a MURRU T. ANTONIETTA 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. I 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;

Z di non avere in corso alcun rapporto di lavoro (escluso quello da sottoscrivere con ASL n. I di Sassari).

☐ di avere in corso altro rapporto di lavoro con datore diverso da ASL n. I di Sassari:
datore _____ di _____ lavoro _____ tipologia _____ contrattuale _____
_____ in qualità di _____
_____ full time / part time 2

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-asl I sassari.it)

Sassari li 21-11-23

Firma _____