

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

Il/M sottoscritto/a fi fi \$ \ t- GHALY nato/a a [redacted]
il [redacted] residente in [redacted] via l« [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 peso anno f] l'ultimo anno della
Scuola di Specializzazione in Ù\Ù i &Wn' h'rLhà» -0> ùs

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.1 di Sassari:

datore di lavoro _____
tipologia contrattuale _____

in qualità di _____ full time ☐ part time ☐

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 09/04/2024

Firma _____