

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

Il/La _____
sottoscritto/a Eleonora Perra nato/a a il _____ residente in _____
_____ via _____
_____ n.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 [X] penultimo anno [] l'ultimo anno della
Scuola di Specializzazione in ~~Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del~~
Dolore

☒ 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 ☐ part time ☐

☒ 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 13/08/2023 Firma _____