

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

la sottoscritta/a **BAGELLA MARIA PAOLA** nat/aa
ile _____ residente in _____ via _____
_____ n. _____ titolare di un contratto presso la ASL ri. 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 _____:
di non essere iscritto al corso formativo di Medicina Generale;

di non incorrere nei casi di incompatibilità **previsti** dagli **AA.CC.NN.**

☒ 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 ri. 1 di Sassari:

datore di lavoro _____

tipologia contrattuale _____

in qualità di _____ fulltime ☐ parttime ☐

☒ 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 27-03-2024

Firma _____