

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

Il/La sottoscritto/a BENITO DOMINGOS VIEIRA 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 [] 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. n. 502/92;

CI 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:
in _____

datore di lavoro ASL n. 3 NUORO
tipologia contrattuale LIBERO PROFESSIONALE
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 14/09/2023 Firma _____