

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

Il/La sottoscritto/a CIDDA GIUSEPPE 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'att. 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 [REDACTED]

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 [REDACTED] di [REDACTED]

L 166 q9 - PROFESSIONAL

ASL NUORO
titolo COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONAL lavoro tipologia

contrattuale in qualità di MEDICO PS full time ☐ patt time ☐
[Q]

 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)

Sassari lì

Firma