

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

Il/La
sottoscritto/a



nato/a a

via

il

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. 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

04/07/2023

Firma