

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

Il/la sottoscritto/a D'AMATO GERARDO nato/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'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.

O di essere iscritto al [] penultimo anno L] 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).

O 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 O part
time O

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 12.06.2023

Firma _