

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

LUCIANA

Il/La sottoscritto/a DELUNA LIDIA AMELIA 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'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;
- ☒ 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 con Delibera del Direttore Generale n. 717 del 13.07.2023 (consultabile sul sito web aziendale [www.asl1sassari.it](http://www.asl1sassari.it))

Sassari li 10/1/2024

Firma \_\_\_\_\_