DICHIARAZIÐNE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÄ/INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI E CONFLITTO D'INTERESSE

Il/La sottoscritto/a GIORGIA DEIANA nato/a a [redacted]
il [redacted] residente in [redacted] via [redacted]
_____ 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.l di Sassari, ai sensi della normativa vigente.

di essere iscritto al anno Scuola di Specializzazione
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.l di Sassari).

☐ di avere in corso altro rapporto di lavoro con datore diverso da ASL n.l di Sassari:
datore di _____
lavoro tipologia _____
contrattuale in qualità di_____ full time a part time a

di aver preso visione del Codice di Comportamento Aziendale pubblicato in data 09.02.2022 (consultabile sul sito web aziendale www.asllsassari.it)

Sassari li 15/06/2023 Firma _