

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

Il/La sottoscritto/a DETORI MARTINA 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 ANESTESIA e RIANIMAZIONE;
- ☒ 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 in data 09.02.2022 (consultabile sul sito web aziendale www.asl1sassari.it)

Sassari li 16/08/2023

Firma _____

