

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

Il/La sottoscritto/a LEOPOLDO DI LAURO nato/a a
il residente in via
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.1 di Sassari, ai sensi della normativa vigente.
- ☐ che non sussistono altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni a favore dell'Azienda succitata.
- ☐ 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 ARES SARDEGNA

tipologia contrattuale CORSO FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE 2020/2023

in qualità di DOCENTE 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

22/4/23

Firma _____