

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

/La sottoscritta

FADDA MARIA

i l residente in [redacted] n. [redacted] titolare di un contratto presso
la ASL n. I 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 I del
codice etico sull'assenza del conflitto di interessi dichiara

☒ che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con la ASL n. I di Sassari,
ai sensi della normativa vigente.

☒ di essere iscritto al [] penultimo anno [] l'ultimo anno della
Scuola di Specializzazione in IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA ☒

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. I di
Sassari).

☐ di avere in corso altro rapporto di lavoro con datore diverso da ASL n. I di Sassari:

datore di lavoro _____

tipologia contrattuale _____

in qualità di full time C] part time C]

☒ 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.asl I sassari.it)

Sassari li 09/02/2024

Firma _____