

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

Il/La sottoscritto/a Farris Paolo 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.

C) di essere iscritto al penultimo anno [] l'ultimo anno della Scuola di Specializzazione in Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e del dolore •

☒ 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. 1 di Sassari).

C] di avere in corso altro rapporto di lavoro con datore diverso da ASL n.1 di Sassari:

datore di lavoro _____
 contratto _____
 tipologia _____ full time ☐ part time ☐
 contrattuale in qualità _____
 di _____

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

Sassari lì -16.10.2023— Firma_____