

19/02/23

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ DI 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 **d**eterminato
☐ a tempo **i**ndeterminato
☒ 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 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. 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** (consultab**ile** sul sito web aziendale www.asl1sassari.it)

Sassari li 16/08/2023

Firma _____

✓