

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

La sottoscritta/a FELE Angela Olivia nata/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 _____;
- ☒ 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 Casa di Cura Madonna del Rimedio ORISTANO
tipologia contrattuale LIBERO PROFESSIONALE
in qualità di COLLABORATORE 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 14.06.2023

Firma [redacted]