

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

Il/La sottoscritto/a Filippo Francesco Maria FELE nato/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 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.1 di Sassari, ai sensi della normativa vigente.

☐ di essere iscritto al [☒ al [] penultimo anno [] l'ultimo anno della
] Scuola di [redacted]
Speciali 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:

oro [redacted]
contrattuale [redacted]
full time ☐ part time ☐

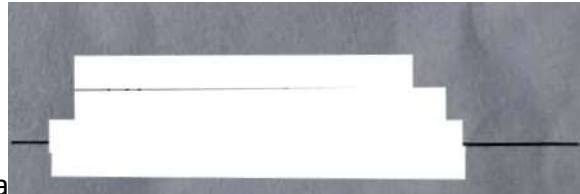
datore di lavoro
tipologia
contrattuale in
qualità di

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.aslssassari.it)

Sassari _____ li

Firma

A rectangular area of the document is completely redacted with a solid black box, obscuring the signature and any text beneath it.