

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

Il/La sottoscritto/a SILVIA FLORE 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 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 _____ anno 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 |
| _____ | _____ | _____ |
| contrattuale | in | tipologia |
| _____ | _____ | di |
| 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 lì 6 3 2024

Firma _____