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

Il/La sottoscritto/a EUSA DOMENICA CHISU 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 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.l di Sassari, ai sensi della normativa vigente.

☒ di essere iscritto al] penultimo anno l'ultimo anno della Scuola di Specializzazione in ☒ di non essere MICROBIOLOGIA (1010 Q

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.l di Sassari:

datore di lavoro tipologia contrattuale _____ in qualità di _____ full time C] part time C]

9 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.asl I sassari.it)

Sassari _____ li Firma