

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

Il/la sottoscritto/a IVALDI Riccardo 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 [ ] 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](http://www.asl1sassari.it))

Sassari li 14.06.2023

Firma [REDACTED]