

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

Il/La sottoscritto/a ANNA LISA LAI 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 AZIENDA SANITARIA DEL SUDTIROLO
tipologia contrattuale COLLABORAZIONE LIBERO - PROFESSIONALE
in qualità di MEDICO ANESTESISTA RIANIMATORE full time ☐ part time ☒
- ☒ 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.asl1sassari.it)

Sassari li _____

18/11/24

Firma _____