

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

11/La sottoscritto/a MARIANI ANNA ANTONELLA nato/a a
il residente in via
 n. ,

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

☐ di essere iscritto al _____ penultimo anno [] l'ultimo anno della
Scuola di Specializzazione in MEDICINA INT MALATTIE INFETTIVE;

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 aver preso visione del Codice di Comportamento Aziendale pubblicato in data 09.02.2022 (consultabile sul sito web aziendale www.asllsassari.it)

Sassari li 22/02/2023

Firma _____