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

Il/La sottoscritto/a MARIANI ANNA ANTONELLA nato/a a [redacted]

il [redacted] residente in [redacted] via [redacted]

_____ n. [redacted],

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 [X] 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.asl1sassari.it)

Sassari lì 22/02/2023 Firma _____