

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

Il/La sottoscritto/a YERRA ENRICA nato/a a _____ il
residente in via _____

_____ n. _____ titolare di un contratto presso la ASL n. I 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 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. I di Sassari, ai sensi della normativa vigente.

di essere iscritto al _____ penultimo anno [] l'ultimo anno della
Scuola _____ di SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE;

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. I di Sassari).

☒ di avere in corso altro rapporto di lavoro con datore diverso da ASL n. I di Sassari:
datore di lavoro UNIVERSITA' _____ tipologia
contrattuale _____

in qualità di S fêc. AAÇI 22 ANDO full time a part time ☐

22/02/24

☒ 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.aslssassari.it)

Sassari lì

Firma