

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI

E DI CONFLITTO D'INTERESSE

Il/La sottoscritto/a PINNA DOSSAILE nato/a a _____
il _____ residente in _____ via _____
n. _____, titolare di un contratto presso la ASL n.1 Sassari

- ☐ a tempo determinato
- ☐ a tempo indeterminato
- ☐ di collaborazione liberoprofessionale

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. 11.502/92;

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 _____
tipologia _____
contrattuale in qualità di _____

di aver preso visione del Codice di Comportamento Aziendale pubblicato in data 09.02.2022 (consultabile sul sito web aziendale www.asl1sassari.it)

Sassari li _____

Firma _____