

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

Il/La sottoscritto/a RUIV STEFANO nato/a a _____
il _____ residente in _____ via _____
n. _____, titolare di un contratto presso la ASL n. I di 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

X 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 _____ anno [] l'ultimo anno della
penultimo anno MANAGER INFETTIVE ;

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. I di Sassari).

di avere in corso altro rapporto di lavoro con datore diverso da ASL n. I di Sassari:
datore di ASL SASSARI
lavoro CONTINUA ASSISTENZA ALTA + ASCOT
tipologia _____
contrattuale in qualità di _____ full time D part
time CI

X 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 28/03/2024

Firma _____