

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

Il sottoscritto LUIGI TESTONI

Il/la sottoscritto/a LUIGI TESTONI 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 libero-professionale

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 dei conflitti di interessi

- ☒ che non sussistono situazioni, anche 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. Sassari, ai sensi della normativa vigente.
- n.502/92;

di non avere in corso rapporto di lavoro (escluso quello la sottoscrivere con con la 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 _____ full time ☐ part time ☐

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

Firma