

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

Il/sottoscrittore TONOINI NICOLA nato/a _____
il _____ residente in _____ residente in _____ via _____
a tempo determinato n. 7 titolare di un contratto presso la ASL n. 1 Sassari

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 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. 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 _____
tipologia _____ contrattuale _____ in _____ qualità _____ di
_____ full time ☐ part time ☐

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.aslsassari.it)

Sassari li

3/1/24

Firma