

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

Il/La sottoscritto/a VIRDIS ANTONELLA ANNA 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 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. 1 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 ☐

03/04/2024

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