

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

Io/La sottoscritto/a **CLAUDIA PINTUS** nato/a [redacted]
[redacted] **Presidente** in [redacted] via [redacted], 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.
☒ che **non sussistono** altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni a favore
dell'Azienda **succitata**.
☒ 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 _____ 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)

Sassari li 27/10/2022

Firma _____