





☐ di avere attualmente rapporti finanziari con soggetti privati con cui ha precedentemente avuto rapporti retribuiti di collaborazione – anche indiretti e nello specifico (indicare ente datore di lavoro e qualifica/profilo professionale):

---

---

---

---

☒ che nessun parente o affine entro il secondo grado, il coniuge o convivente ha attualmente rapporti finanziari con i soggetti privati sopra identificati. *ovvero*

☐ che un proprio parente o affine entro il secondo grado, il coniuge o il convivente ha attualmente rapporti finanziari con i soggetti privati sopra identificati e nello specifico:

---

---

---

---

☒ di non aderire ad associazioni o organizzazioni i cui ambiti di azione ed attività possano interessare i servizi e le attività della ASSL Cagliari – ATS

*ovvero*

☐ di aderire alla/e associazione/i e/o organizzazione/i denominata/e:

---

---

☒ Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare per tempo al Responsabile della Struttura di riferimento ed al Servizio del Personale della ASSL Cagliari - ATS, la sopravvenienza di situazioni di conflitto di interesse, ancorché potenziale, durante il periodo di collaborazione con la ASSL Cagliari – ATS.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASSL Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 193/2003, accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Data, 20/11/2017

FIRMA  
