

# DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ

La sottoscritta Dott.ssa Barbara Daga, nata a [REDACTED]

[REDACTED], iscritta al Registro dei Revisori Legali al n. 145639, [REDACTED]  
[REDACTED]

in relazione alla nomina quale componente del Collegio Sindacale  
dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 5 di Oristano, disposta con provvedimento  
della Regione, determinazione n. 67/29 del 23/12/2025,

ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia di inconferibilità e incompatibilità  
di incarichi presso le pubbliche amministrazioni,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

- che non sussistono cause di inconferibilità o incompatibilità all'assunzione dell'incarico;
- di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con l'Azienda;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire successivamente alla presente dichiarazione;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla normativa vigente per lo svolgimento dell'incarico.

Si allega copia del documento di identità in corso di validità.

Luogo e data, Riola Sardo 07/05/2026

Firma

Dott.ssa Barbara Daga