

All. 4

DICHIARAZIONE
AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), D.LGS. N. 33/2013

Il/La sottoscritto Dr. Michele Fella nato a [REDACTED] il [REDACTED] residente a [REDACTED], codice fiscale [REDACTED]

consapevole che:

-è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);

DICHIARA

☒ non svolgere incarichi né di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

ovvero

☐ di svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione come di seguito riportati:

Cariche/incarichi	Ente di diritto privato regolato o finanziato dalla pubblica amministrazione

DICHIARA INOLTRE

☐ di non svolgere attività professionali;

ovvero

☒ svolgere le attività professionali di seguito elencate:

- Ufficiale Medico Oculista presso il Reparto di Oftalmologia dell'Ospedale Militare di Taranto;
- Membro Commissione Ciechi Civili ASUR Macerata in qualità Rappresentante Unione Italiana Ciechi Regione Marche;
- Medico Militare Certificatore Idoneità alla Guida di Autoveicoli iscritto all'elenco dei certificatori della Motorizzazione Civile di Brindisi;
- Medico Oculista libero professionista presso i seguenti studi medici :
 1. Poliambulatorio Milano Vision Medical Center – Carosino (TA);
 2. Poliambulatorio 3M – Matelica (MC);
 3. Ambulatorio Oculistico Ottica In – Policoro (MT);

Si allega alla presente copia di un documento di identità in corso di validità debitamente sottoscritto.

Luogo e data, Taranto, 8/2/2024

Firma

Dr. Michele Fella

A handwritten signature in black ink is visible above a solid black rectangular redaction box. The signature appears to be 'Dr. Michele Fella'.