

**ALLEGATO A**

DICHIARAZIONE

(ai sensi dell'art. 15, comma 1 lettera c) D. lgs. n. 33/2013)

Il sottoscritto **Dott. Ferdinando Terranova**

Nato a **Rieti** il **05/02/1952**

in relazione all'incarico di docenza nel Master di 2° livello in Medicina e Terapia Estetica del Viso,  
per : **Fisiopatologia dell'invecchiamento cutaneo**

DICHIARA

(Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

- Di non svolgere incarichi e né di avere titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica Amministrazione o lo svolgimento di attività professionali ;
- Di svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e/o lo svolgimento di attività professionali.

In tal caso specificare :

<b>Cariche/Incarichi/attività professionali</b>	<b>Ente / Società</b>	<b>Data inizio</b>	<b>Data fine</b>
Medico del Servizio Sanitario Penitenziario	Azienda USL Umbria 2	1/07 /2004	Attualmente in corso
Insegnamento in Master Universitario	Università di Palermo	2015	2018
Insegnamento in Master Universitario	Università di Tor Vergata	25/03/2019	Attualmente in corso
Attività libero professionale	Lavoro autonomo	2000	Attualmente in corso

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Terni, li 18/07/2019