

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome **LAURIA ANTONIO**

Indirizzo

Telefono

Fax

E-mail

Nazionalità

Data di nascita

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

• Date (da – a) ANNO SCOLASTICO 2016-2017

• Nome e indirizzo del datore di lavoro ISIS PAGANO-BERNINI NAPOLI..

• Tipo di azienda o settore SCUOLA SECONDARIA 2 GRADO

• Tipo di impiego DOCENTE DI ANATOMIA, FISIOPATOLOGIA OCULARE LABORATORIO MIS OFTALMICHE  
CLASSE DI CONCORSO A002

• Date (da – a) ANNO SCOLASTICO 2015-2016

• Nome e indirizzo del datore di lavoro ISIS PAGANO-BERNINI NAPOLI. ISIS SAVIANO-MARIGLIANO.

• Tipo di azienda o settore SCUOLA SECONDARIA 2 GRADO

• Tipo di impiego DOCENTE DI ANATOMIA, FISIOPATOLOGIA OCULARE LABORATORIO MIS OFTALMICHE  
CLASSE DI CONCORSO A002

- Date (da – a) ANNO SCOLASTICO 2014-2015
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ISIS PAGANO-BERNINI NAPOLI. ISIS SAVIANO-MARIGLIANO.
- Tipo di azienda o settore SCUOLA SECONDARIA 2 GRADO
- Tipo di impiego DOCENTE DI ANATOMIA,FISIOPATOLOGIA OCULARE LABORATORIO MIS OFTALMICHE  
CLASSE DI CONCORSO A002

- Date (da – a) ANNO SCOLASTICO 2013-2014
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ISIS PAGANO-BERNINI NAPOLI
- Tipo di azienda o settore SCUOLA SECONDARIA 2 GRADO
- Tipo di impiego DOCENTE DI ANATOMIA,FISIOPATOLOGIA OCULARE LABORATORIO MIS OFTALMICHE  
CLASSE DI CONCORSO A002

- Date (da – a) ANNO SCOLASTICO 2012- 2013
- Nome e indirizzo del datore di lavoro IPIA G.L.BERNINI NAPOLI
- Tipo di azienda o settore SCUOLA SECONDARIA 2 GRADO
- Tipo di impiego DOCENTE DI ANATOMIA,FISIOPATOLOGIA OCULARE LABORATORIO MIS OFTALMICHE  
CLASSE DI CONCORSO A002

- Date (da – a) ANNO SCOLASTICO 2011-2012
- Nome e indirizzo del datore di lavoro IPIA G.L.BERNINI NAPOLI
- Tipo di azienda o settore SCUOLA SECONDARIA 2 GRADO
- Tipo di impiego DOCENTE DI ANATOMIA,FISIOPATOLOGIA OCULARE LABORATORIO MIS OFTALMICHE  
CLASSE DI CONCORSO A002

- Date (da – a) 2011
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro IPIA G.L. BERNINI NAPOLI
  - Tipo di azienda o settoree SCUOLA SECONDARIA 2 GRADO
  - Tipo di impiego MEMBRO ESPERTO DELLA COMMISSIONE PER GLI ESAMI DI QUALIFICA A.S. 2010-2011 PER IL SETTORE OPERATORE OTTICO
- 
- Date (da – a) DAL 2011
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro D.S.S.ANTIMO(2011),FRATTAMAGGIORE(2012,2013,2014,2015,2016)AFRA GOLA(DAL 2017)
  - Tipo di azienda o settore ASLNA2NORD
  - Tipo di impiego MEDICO DI CATEGORIA,QUALE RAPPRESENTANTE ANMIC,IN SENO ALLA COMMISSIONE PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE
- 
- Date (da – a) 2011-2012-2013
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro REGIONE CAMPANIA
  - Tipo di impiego PRESIDENTE DI COMMISSIONE D'ESAME PER L'ESERCIZIO PROFESSIONALE
- 
- Date (da – a) DA FEBBRAIO 2018 A MAGGIO 2019
  - Tipo di azienda o settore USL UMBRIA2,DISTRETTO SANITARIO VALNERINA
  - Tipo di impiego SPECIALISTA AMBULATORIALE OCULISTA TITOLARE A TEMPO INDETERMINATO
- 
- Date (da – a) DA GIUGNO 2019
  - Tipo di azienda o settore ASLNA3SUD-ASLNA2NORD
  - Tipo di impiego SPECIALISTA AMBULATORIALE OCULISTA, TITOLARE A TEMPO INDETERMINATO C/O OO.RR. AREA NOLANA; D.S.50 CERCOLA; DS45 CARDITO

- Date (da – a) 2010,2011
- Tipo di azienda o settore INAIL
- Tipo di impiego SPECIALISTA OCULISTA PRESSO LE STRUTTURE PROVINCIALI E REGIONALI CAMPANE
- Date (da – a) DAL 2006 ATTIVITA'OCULISTICA LIBERO PROFESSIONALE IN STUDIO PROPRIO

## ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) 2006
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione SECONDA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
- Qualifica conseguita SPECIALIZZAZIONE IN OCULISTICA CON VOTO 50/50 E LODE
- Date (da – a) 2002
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione MINISTERO DELLA SALUTE-MIUR
- Qualifica conseguita SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA GENERALE
- Date (da – a) 1998
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione SECONDA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
- Qualifica conseguita CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN TERAPIA MEDICA
- Date (da – a) 1995
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione SECONDA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
- Qualifica conseguita LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA CON VOTO 100/110
- Date (da – a) 1995
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione SECONDA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
- Qualifica conseguita ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE MEDICA
- Date (da – a) 1995
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ORDINE PROFESSIONALE DEI MEDICI-CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI ISCRIZIONE ALL'ALBO



MADRELINGUA

**ITALIANO**

ALTRE LINGUA

**INGLESE**

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

BUONO

BUONO

BUONO

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
PERSONALI**

STUDIO E TERAPIA DEL GLAUCOMA, LASER TERAPIA, ESECUZIONE ED INTERPRETAZIONE DEGLI ESAMI CAMPIMETRICI COMPUTERIZZATI. FLUORANGIOGRAFIA, OCT, DIAGNOSI E CURA DELLA DEGENERAZIONE MACULARE.

**PRODUZIONE SCIENTIFICA SPECIFICA:**

- 1) **AB EXTERNO SCLEROSTOMY WITH HOLMIUM LASER: 24 MONTHS FOLLOW-UP.** ED. ANNALS OF OPHTHALMOLOGY.
- 2) **CHIRURGIA LASER DELLA CORNEA.** ED. MEDICAL BOOKS
- 3) **METIPRANOLOLO E GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO: FOLLOW-UP AD UN ANNO.** ED. BOLLETTINO DI OCULISTICA

CAPACITÀ E COMPETENZE  
TECNICHE

SISTEMI OPERATIVI: WINDOWS-MICROSOFT-APPLE  
SCRITTURA: MICROSOFT OFFICE  
COMUNICAZIONI: MICROSOFT INTERNET EXPLORER  
SERVIZIO MILITARE DI LEVA 1996-97

PATENTE O PATENTI

B

## DICHIARAZIONE RELATIVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Art. 15, comma 1, lettera c) del Decreto Legislativo n. 33/2013

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto Lauria Antonio con attività professionale di libera professione

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che le dichiarazioni rese potranno essere oggetto di verifica;
- consapevole che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito *web* dell'Arma dei Carabinieri, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali di cui al Reg. (UE) 2016/679 (G.D.P.R.),

### DICHIARA

- **di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:**

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- **di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:**

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- **di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:**

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- **di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Arma dei Carabinieri eventuali variazioni al contenuto della presente dichiarazione.**

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Reg. (UE) 2016/679 (G.D.P.R.), che i dati raccolti con la presente dichiarazione verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data 21.02.2023

Dott. Antonio Lauria

*Originale firmato e trattenuto agli atti di quest'Ufficio.  
Documento privo di firma perché gestito in formato digitale (art. 3  
D.Lgs 39/1993 – G.U. 42 del 20.02.1993)*

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE  
POTENZIALI, DI CONFLITTI DI INTERESSE

*Art. 53, comma 14, del Decreto Legislativo n. 165/2001*

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze della Amministrazioni Pubbliche*", il sottoscritto Lauria Antonio, in qualità di libero professionista

ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato da Lauria Antonio, non sussistono, allo stato attuale, situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di Oculista, salvo eventuali ulteriori accertamenti.

Si dà altresì atto che il/la predetto/a si è impegnato a comunicare tempestivamente all'Arma dei Carabinieri eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere successivamente al conferimento dell'incarico.

Data, 30.03.2023

**IL CAPO SERVIZIO AMMINISTRATIVO**

*Ten. Col. Massimo Pierangeli*

*Originale firmato e trattenuto agli atti di quest'Ufficio.  
Documento privo di firma perché gestito in formato digitale  
(art. 3 D.Lgs 39/1993 – G.U. 42 del 20.02.1993)*