

ALLEGATO B

MODELLO DI DOMANDA per l'inserimento nella short list di avvocati esterni per l'eventuale incarico di patrocinio legale della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia.

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia
Via Michele Protano, Cittadella dell'Economia
71121 FOGGIA
(INDIRIZZO PEC sblegaleshortlistavvti@mailcert.aslfg.it)

Il/La sottoscritto/a avv. _____ nato/a a _____ residente in _____
Via _____ con studio legale in _____ telefono _____
Studio _____ e-mail Studio _____ PEC Studio _____
partita IVA _____

CHIEDE

Di essere inserito/a nella short list degli avvocati esterni per l'eventuale patrocinio legale della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia, di cui all'avviso approvato con deliberazione del Direttore generale n. ____ del _____ nel/nei seguente/i ambito/i di specializzazione _____, con abilitazione dinanzi alle Magistrature superiori (SI) (NO).

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 e ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 del medesimo D.P.R. e sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

1. Di essere iscritto all'ordine degli avvocati competente per territorio (Ordine degli Avvocati di _____, da almeno anni cinque e precisamente dal _____);
2. Di aver assunto la difesa o svolto lavori scientifici nell'interesse di almeno un Ente del servizio Sanitario Nazionale o Società partecipata da Enti del S.S.N., come indicato nel curriculum allegato alla presente;
3. Di non avere contenziosi in corso contro l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia, sia a titolo personale sia quale avvocato difensore di controparte;
4. Che non sussistono nei propri confronti cause ostative a contrattare con la P.A.;
5. Di essere cittadino italiano o di uno degli Stati della Unione Europea;
6. Di godere dei diritti civili e politici;
7. Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino applicazione di misure di prevenzione o di altro tipo di provvedimenti iscritti in casellario giudiziale;
8. Di non essere a conoscenza di indagini penali a proprio carico;
9. Di non aver subito sanzioni disciplinari da parte dell'Ordine degli avvocati di appartenenza, in relazione all'esercizio della propria attività professionale, negli ultimi cinque anni;
10. Di essere titolare di Partita IVA;
11. Di avere stipulato idonea polizza assicurativa per la responsabilità professionale;
12. Di riconoscere e accettare che l'inserimento nella short list non comporta alcun diritto a essere affidatario di incarichi da parte della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia, né tantomeno in diritto a ottenere una remunerazione a fronte della semplice iscrizione;

13. Di riconoscere e accettare che il conferimento del singolo incarico determinerà l'obbligo di sottoscrivere una dichiarazione di accettazione all'espletamento dello stesso e di relazionare periodicamente sullo stato delle pratiche e circa le attività svolte, nonché a relazionare periodicamente sul rischio di soccombenza; determinerà inoltre l'obbligo di accettare tutte le condizioni previste nell'avviso pubblico e nel relativo provvedimento di formalizzazione dell'incarico;
14. Di accettare termini, modalità e criteri di liquidazione e pagamento dei compensi predeterminati dalla Asl Fg, così come riportato nell'avviso pubblico, di cui dichiara di essere a conoscenza;
15. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione dei requisiti e/o delle situazioni di fatto e di diritto attestate e richieste dalla Asl Foggia;
16. Di impegnarsi, per tutta la durata dell'incarico, a non assumere e quindi a rinunciare a eventuali incarichi difensivi contro la Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia, nonché a eliminare ogni situazione di conflitto di interessi esistente al momento dell'incarico;
17. Di impegnarsi a non difendere imputati nei quali la Asl Foggia è persona offesa dal reato e sia costituita parte civile;
18. Che tutto quanto riportato nel curriculum allegato corrisponde al vero;
19. Di consentire il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento U.E. n. 2016/679, per l'esclusivo svolgimento delle procedure di cui alla presente domanda.

Si allega:

1. Curriculum professionale, datato e sottoscritto con firma digitale, secondo le modalità previste nel bando;
2. Copia del documento di identità personale, in corso di validità (non sarà oggetto di pubblicazione);
3. Copia del documento attestante il proprio Codice fiscale (non sarà oggetto di pubblicazione);
4. Estremi della polizza di polizza assicurativa di responsabilità professionale.

Recapito per comunicazioni inerenti l'Avviso:

e-mail:

pec:

telefono fisso studio legale:

cell.:

elezione di domicilio:

il/la sottoscritto/a, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali successive variazioni.

Dichiarazione relativa al trattamento dei dati personali:

Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali, rese dalla Asl di Foggia, ai sensi dell'art. 13 del regolamento U.E. 2016/679, utilizzando il modello allegato alla delibera di indizione dell'avviso pubblico.

Luogo e data

Firma