

DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DI AVVOCATI CUI AFFIDARE INCARICHI DI RAPPRESENTANZA E DIFESA IN GIUDIZIO E/O PATROCINIO LEGALE.

Azienda Sanitaria Locale di Matera
Via Montescaglioso
75100 MATERA

Il Sottoscritto Avv.

nato a..... il

in qualità di rappresentante dello studio legale associato

.....
(per gli studi associati è necessario allegare la scheda informativa della composizione dello studio e i curricula di ciascun componente)

C.F.....

P. IVA.....

Indirizzo Studio/Sede legale

Recapito telefonico.....

Indirizzo mail

Indirizzo PEC.....

CHIEDE

di essere inserito nell'**elenco** per il conferimento di incarichi legali da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci:

- di essere iscritto all'Albo professionale degli avvocati di..... dal.....
- di essere iscritto all'albo speciale per il patrocinio davanti alla Corte di Cassazione ed alle altre giurisdizioni superiori (*barrare solo in caso affermativo*);
- di possedere specifica esperienza professionale nella seguente sezione dell'elenco (barrare al massimo 2 caselle):
 - diritto civile;
 - diritto del lavoro;

- diritto penale;
 - diritto amministrativo;
 - diritto contabile;
 - diritto fallimentare;
 - diritto tributario
-
- di non essere mai stato sottoposto a procedimenti per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della legge n. 1423/1956 o di una delle cause ostative previste dall'art. 10 della legge n. 575/1965;
 - di non aver riportato sentenze di condanna passate in giudicato o decreti penali di condanna divenuti irrevocabili, sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del c.p.p., per reati in danno della Pubblica Amministrazione che incidono sulla moralità professionale;
 - di non trovarsi in condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione, ai sensi dell'art. 32 quater del codice penale;
 - di non avere situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con l'ASL Matera (e/o con le Gestioni liquidatorie Asl n. 4, 5 6 e 7), come previste dall'ordinamento giuridico e dal codice deontologico forense;
 - di non essere mai incorso in sanzioni disciplinari;
 - di aver sottoscritto idonea polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi a copertura dei danni provocati dall'esercizio dell'attività professionale;
 - di aver preso conoscenza del regolamento per il conferimento di incarichi legali pubblicato dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera e di accettare espressamente tutte le clausole ivi contenute, nessuna esclusa.
 - di voler ricevere ogni necessaria comunicazione inerente al presente Avviso al proprio indirizzo di posta elettronica certificata pec.

Data

Firma

Si allegano:

- *curriculum formativo-professionale con espressa autorizzazione al trattamento dei dati personali;*
- *copia della polizza assicurativa vigente in corso di validità per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale;*
- *copia di un documento d'identità in corso di validità.*