

Spett.le
**AZIENDA SOCIO SANITARIA
TERRITORIALE LARIANA**
Via Napoleona n. 60
22100 - COMO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ (PROV. DI _____) IL
____/____/____

CODICE FISCALE _____

E RESIDENTE IN _____ (PROV. DI _____)

C.A.P. _____

VIA _____ N. _____

TELEFONO: _____ CELLULARE: _____

E-MAIL: _____

PEC: _____

CHIEDE

di poter essere iscritto nell'Elenco di Avvocati di riferimento per il conferimento di eventuali incarichi di patrocinio legale per attività giudiziale ed extragiudiziale in forza dell'avviso n. 21137 prot. del 07/04/2022

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

1.	<input type="checkbox"/>	di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di: _____
	<input type="checkbox"/>	di non essere iscritto/a o cancellato/a dalle liste elettorali per i seguenti motivi: _____ _____

2. ☐ di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

☐ di avere subito le seguenti condanne penali:

☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso:

3. ☐ di essere in possesso del seguente diploma di Laurea:

in: _____

conseguito presso _____ il _____

in: _____

conseguita presso _____ il _____

4. ☐ di essere iscritto all'Albo dell'Ordine degli Avvocati presso il Tribunale di:

n. _____ dalla data del _____

☐ di non aver subito sanzioni disciplinari da parte del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di appartenenza;

☐ di essere iscritto all'Albo speciale dei patrocinatori presso le Giurisdizioni superiori dalla data del _____

5. ☐ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di:

in data _____ presso: _____

6.	<input type="checkbox"/>	di non essere in conflitto di interessi con l'ASST Lariana, consistenti nel non aver rapporti di patrocinio legale in essere contro questa Azienda e nell'impegnarsi a non assumere per tutta la durata dell'incarico assegnato o meglio della durata dell'iscrizione all'elenco di cui oggetto della presente domanda, nonché di non versare in ipotesi di incompatibilità od inconfiribilità;
7.	<input type="checkbox"/>	di non essere stato destituito/a o dispensato/a dal prestare la propria attività presso Pubbliche Amministrazioni;
	<input type="checkbox"/>	di essere stato destituito/a o dispensato/a dal prestare la propria attività presso Pubbliche Amministrazioni per i seguenti motivi: _____
8.	<input type="checkbox"/>	di essere libero professionista e di non avere in corso alcun rapporto di lavoro come dipendente pubblico o privato incompatibile con l'incarico in argomento e di non essere in quiescenza in relazione all'art. 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 come modificato dall'art. 6, comma 1°, del D.L. 90/2014, convertito in L. 114/2014;
9.	<input type="checkbox"/>	di impegnarsi a redigere il preventivo di spesa, in relazione all'attività da espletarsi, ai minimi di tariffa, sulla base dello scaglione correlato al quantum del valore della controversia e dei parametri adottati con D.M. 140/2012, così come modificato ed integrato dal D.M. 55/2014, quest'ultimo ulteriormente novellato dal D.M. 37/2018, con la massima riduzione consentita pari al 50% per tutte le fasi ed al 70% per la fase istruttoria /di trattazione;
10.	<input type="checkbox"/>	che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerare l'ASST Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità: via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ città _____ Prov. di (____) E-MAIL: _____ PEC: _____
11.	<input type="checkbox"/>	di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dalla normativa aziendale;
12.	<input type="checkbox"/>	che le dichiarazioni contenute nel curriculum formativo e professionale allegato sono veritiere e sono rese ai sensi del D.P.R. n. 445/00 e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 75 del D.P.R. medesimo in caso di false dichiarazioni;
13.	<input type="checkbox"/>	di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Reg. UE 2016/679, ai fini della gestione della presente procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti;

15.	di richiedere di essere iscritto nell'elenco dei legali di riferimento per le seguenti specializzazioni in base all'esperienza professionale:
<input type="checkbox"/>	Diritto civile;
<input type="checkbox"/>	Diritto del lavoro;
<input type="checkbox"/>	Diritto penale;
<input type="checkbox"/>	Diritto amministrativo e costituzionale;
<input type="checkbox"/>	Diritto tributario - fiscale;
<input type="checkbox"/>	Diritto previdenziale;
<input type="checkbox"/>	Diritto fallimentare;

Luogo e Data _____

firma_____

*AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DELL'ART. 39 DEL D.P.R. 20/12/2000
N. 445.*

***Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni
effettuate***