

DOMANDA PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO APERTO DI AVVOCATI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI ESTERNI DI CONSULENZA GIURIDICA E DI PATROCINIO GIUDIZIALE E STRAGIUDIZIALE A FAVORE DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE N. 2 GALLURA E DEI PROPRI DIPENDENTI.

Al Direttore Generale
Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 2
Gallura
Via Bazzoni Sircana n. 2
OLBIA
PEC protocollo@pec.aslgallura.it

Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a ail.....
residente in.....Via/Piazza.....
con studio in.....Via/Piazza.....
tel.....tel.cellulare..... fax.....email.....
PEC.....
codice fiscale.....partita Iva.....

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'elenco degli avvocati esterni dell'Azienda Socio-Sanitaria locale n. 2 Gallura per la/le sezione/i di seguito indicata/e:

- specializzazione 1 - materia civile
- specializzazione 2 - materia giuslavoristica
- specializzazione 3 - materia penale
- specializzazione 4 - materia amministrativa e contabile

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere iscritto/a all'Albo degli Avvocati dal.....presso il Consiglio dell'Ordine di.....
2. di godere dei diritti civili e politici;
3. di essere in possesso di polizza assicurativa professionale con la compagnia assicuratrice_____nr._____col massimale pari a_____

4. di non versare in condizioni che limitano o escludano, a norma di legge, la capacità di contrarre con la pubblica amministrazione;
5. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
6. di impegnarsi a non avere rapporti di patrocinio contro ASL n. 2 Gallura o contro il personale aziendale nel periodo di svolgimento delle attività di patrocinio derivanti dall'iscrizione al medesimo;
7. di non aver subito provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine degli Avvocati di appartenenza, né di aver subito provvedimenti giudiziari relativi ad inadempimenti contrattuali per incarichi assunti con la P.A.;
8. di assumere l'obbligo ad applicare il compenso nel rispetto delle disposizioni del D.M. n.147 del 2022, recante la determinazione dei parametri per la liquidazione dei compensi per la professione forense, ai sensi dell'art. 13 comma 6 della Legge 247/2012, e che, in ogni caso, l'elaborazione della parcella avvenga applicando i minimi del tariffario forense;
9. di aver preso completa visione del presente avviso pubblico e di tutte le clausole e condizioni ivi previste e di accettarle;
10. di riconoscere che l'inserimento nell'elenco non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte della ASL n.2 Gallura;
11. di impegnarsi a comunicare immediatamente ogni atto modificativo delle dichiarazioni rese con la domanda e di essere a conoscenza del fatto che la ASL n. 2 Gallura potrà disporre la cancellazione dall'elenco, ove tali modifiche comportino tale effetto;
12. di impegnarsi, in caso di incarico, ad aggiornare costantemente la ASL n. 2 Gallura sulle attività inerenti l'incarico ricevuto, allegando la relativa documentazione, attenendosi e facendo attenere anche i propri collaboratori ai massimi criteri di riservatezza in ordine ad ogni fatto o atto di cui venisse a conoscenza in virtù della prestazione professionale resa;
13. di impegnarsi a trasmettere, entro il 15 febbraio di ogni anno, una valutazione in ordine all'esito del contenzioso, con annessa stima delle somme ai fini dell'accantonamento al relativo Fondo Rischi del Bilancio;
14. di autorizzare l'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 2 Gallura ai sensi e per gli effetti della normativa in materia di protezione dati, al trattamento dei propri dati personali, anche a mezzo di strumenti informatici, nell'ambito dei procedimenti per i quali la presente dichiarazione viene resa.

Allega:

- curriculum vitae in formato europeo sotto forma di autocertificazione;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data.....

Firma.....