**ALLEGATO A** Spett.le

Azienda Socio Sanitaria Locale n. 7 Sulcis Iglesiente

PEC: [protocollo@pec.aslsulcis.it](mailto:protocollo@pec.aslsulcis.it)

**OGGETTO: Manifestazione di interesse per l’inserimento nell’elenco di avvocati per il conferimento di incarichi professionali esterni al patrocinio giudiziale e stragiudiziale a favore dell’Azienda Socio Sanitaria locale n. 7 del Sulcis Iglesiente e dei propri dipendenti.**

Il/La sottoscritto/a Avvocato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con domicilio professionale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto nell’elenco degli Avvocati dell’Azienda Socio Sanitaria Locale n. 7 del Sulcis Iglesiente nella sezione:

* **contenzioso civile**
* **contenzioso del lavoro e previdenza**
* **contenzioso amministrativo**
* **contenzioso tributario**
* **contenzioso penale**

(esprimere la preferenza, barrando UNA o PIU’ caselle)

**DICHIARA, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.**

* Di agire in nome proprio e di non appartenere ad uno Studio Associato o ad una Società fra professionisti;
* Di appartenere al seguente Studio Associato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di agire: in nome proprio in qualità di componente dello Studio Associato;
* Di appartenere alla seguente Società fra professionisti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e di agire: in nome proprio in qualità di componente della Società fra professionisti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di essere iscritto all’Albo Professionale degli Avvocati da **almeno 5 anni;**
* Di godere dei diritti civili e politici;
* Di essere assicurato per la responsabilità civile verso terzi, a copertura dei danni provocati nell’esercizio dell’attività professionale, con massimale assicurato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con polizza assicurativa n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso la Compagnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* Di non versare in condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di contrarre con la pubblica amministrazione;
* Di non avere controversie (giudiziali e/o stragiudiziali) contro la Asl n. 7 del Sulcis Iglesiente o propri dipendenti ovvero non versare in alcuna condizione di incompatibilità a difendere e rappresentare gli interessi dell’Azienda o dei propri dipendenti;
* Di impegnarsi a non avere rapporti di patrocinio contro l’Asl n. 7 del Sulcis Iglesiente o contro il personale aziendale nel periodo di iscrizione nell’elenco nonché nel periodo di svolgimento delle attività di patrocinio derivante dall’iscrizione al medesimo;
* Di non avere subito provvedimenti disciplinari da parte dell’Ordine degli Avvocati di appartenenza, né di avere subito provvedimenti giudiziali relativi ad adempimenti contrattuali per incarichi assunti con la P.A,;
* Di aver assunto incarichi di difesa di Enti Sanitari pubblici e/o privati e/o del personale dipendente degli stessi, in giudizi di responsabilità civile, penale, amministrativa e contabile;
* ***Di avere il proprio Studio nell’ambito territoriale di riferimento regionale****;*
* Di assumere l’obbligo ad applicare, per la determinazione del compenso, i parametri minimi di cui al D.M. n. 55/2014 per un importo che comunque, per ogni fase di giudizio, non potrà essere superiore al valore medio di liquidazione ridotto nella misura consentita, oltre accessori di legge;
* Di aver preso completa visione del presente avviso pubblico e di tutte le clausole e condizioni ivi previste e di accettarle;
* Di riconoscere che l’inserimento nell’Elenco non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte dell’Asl n. 7 del Sulcis Iglesiente né tantomeno il diritto ad ottenere una remunerazione;
* Di impegnarsi a comunicare immediatamente ogni atto modificativo delle dichiarazioni rese con la domanda e di essere a conoscenza del fatto che l’ASL potrà disporre la cancellazione dall’Elenco, ove tali modifiche comportino tale effetto;
* Di impegnarsi, in caso di conferimento incarico, ad aggiornare costantemente l’ASL 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;

**DICHIARA INOLTRE**

* Di essere regolarmente iscritto all’Albo speciale per il patrocinio davanti alle giurisdizioni superiori dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare data)
* Di NON essere iscritto all’Albo speciale per il patrocinio davanti alle giurisdizioni superiori.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Allegati:*

*- curriculum vitae professionale*

*- documento d’identità*