

SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore Generale

Il/La sottoscritto/a _____ manifesta interesse ad essere inserito nell'Elenco di professionisti avvocati ed a tal fine:

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità,

- di essere nato a _____ il _____;
- di essere residente a _____ Via _____ n. _____;
- (ove non coincidente con la residenza) di essere domiciliato a _____ Via _____ n. _____;
- (da compilare solo nel caso di studio professionale associato o società di professionisti) che il/i nominativo/i del/i professionista/i che espletterà/anno l'incarico è/sono il/i seguente/i: _____ e quello della persona fisica incaricata del coordinamento è il seguente: _____;
- di avere preso visione dell'Avviso Pubblico approvato con determina n. _____ del _____ di codesta Azienda e pubblicato in forma integrale sul sito internet aziendale (<https://www.ospedalimarchenord.it/amministrazione-trasparente/consulenti-e-collaboratori/titolari-dincarichi-di-collaborazione-o-consulenza/>), nell'albo aziendale on line ed affisso all'albo pretorio;
- di essere in possesso di tutti requisiti previsti al punto 1) dal medesimo Avviso;
- di essere iscritto all'Albo professionale degli avvocati di _____ dal _____;
- (in caso di ulteriore iscrizione) di essere iscritto all'Albo speciale per il patrocinio innanzi alla Cassazione e alle Magistrature superiori di _____ dal _____;
- di volere essere iscritto nella/e sezione/i _____ del predetto Elenco (civile, lavoro, amministrativo-contabile, penale);
- di essere in possesso del richiesto requisito di particolare e comprovata esperienza in relazione alla/e materia/e della/e sezione/i dell'Albo interno aziendale in cui si chiede l'iscrizione come attestato dall'allegato curriculum;
- di aver stipulato idonea polizza assicurativa per rischi professionali n. _____ con _____, massimale _____, scadenza _____;
- di accettare espressamente, senza riserva alcuna, tutte le condizioni, nessuna esclusa, indicate nell'Avviso;

- che l'esatta denominazione e recapito dello studio professionale, cui eventualmente affidare l'incarico, liquidare le prestazioni professionali ed inviare ogni comunicazione in merito, è il seguente: _____
_____ via _____ n. _____ CAP _____ località
_____ tel. _____ fax _____ e-mail _____ PEC _____
_____;

- di prestare il consenso al trattamento dei dati personali secondo il D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Chiede, inoltre, che ogni eventuale comunicazione venga effettuata al seguente indirizzo: _____
_____.

Allega i seguenti documenti:

- dettagliato curriculum professionale;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma _____