

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Ospedali dei Colli
Via Leonardo Bianchi snc
80131 Napoli

OGGETTO: short list - avvocati di fiducia

Il/La sottoscritto/a avv. _____ nato/a
in _____ il _____ C.F. _____
legale rappresentante dello studio _____ o con studio in
_____ alla via _____
tel. _____ cell. _____ fax _____
e-mail _____ p.e.c. _____
P.I. _____

CHIEDE

di essere inserito/a nella *short list di Avvocati esterni*, istituita da questa Azienda, quale legale di fiducia, per l'assistenza in giudizio dei diritti ed interessi sia dell'Azienda che dei suoi dipendenti nella sottosezione (max n. 2 sottosezioni)

- civile
- penale
- amministrativo-contabile
- lavoro
- responsabilità medica

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 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, ed ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver conseguito il diploma di laurea in Giurisprudenza, presso _____
il _____ con votazione _____;
- di essere attualmente iscritto all'Albo del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di _____ con tesserino n. _____;
- di avere una anzianità di iscrizione all'Albo del COA di anni _____;
- di essere iscritto all'Albo speciale dei Cassazionisti, con tesserino n. _____;
- di essere nelle condizioni a contrattare con la Pubblica Amministrazione a norma di legge;

- di non essere in condizioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi con l'Ente, come previsto dall'ordinamento giuridico e dal Codice deontologico forense;
- di assumersi la responsabilità dei dati e delle informazioni fornite e di essere consapevole delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni false e/o mendaci;
- di autorizzare l'amministrazione, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, al trattamento dei dati personali;
- di essere in possesso di polizza per la responsabilità professionale n. _____ contratta con la Compagnia _____;
- non avere in corso contenzioso o incarico legale contro l'Azienda, sia in proprio, sia in nome e per conto di propri clienti, sia da parte degli avvocati associati in caso di avvocato facente parte del medesimo Studio legale;
- di non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di non essere a conoscenza di indagini penali pendenti a proprio carico;
- di essere titolare di studio individuale con partita IVA n° _____; ovvero di appartenere ad uno studio associato con partita IVA n° _____ i cui componenti sono:
Avv. _____, che è/non è parte e/o difensore contro AO dei Colli;
- di accettare espressamente tutte le condizioni indicate nell'Avviso di questa Azienda Ospedaliera approvato con deliberazione n° del _____;
- di essere consapevole che dall'iscrizione nella *short list* non comporta l'insorgenza del diritto/pretesa all'affidamento di incarichi da parte dell' AO;
- di aver preso visione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2015 – 2017;
- di consentire il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm., per lo svolgimento delle funzioni istituzionali e nel rispetto delle finalità di rilevante interesse pubblico.

Il/La sottoscritto/a avv. _____, con la presente si impegna, altresì, a :

1. non intraprendere giudizi in danno dell'Azienda durante l'espletamento dell'eventuale incarico ricevuto e per un periodo successivo a sei mesi;
2. espletare la propria attività professionale in favore sia dell'Azienda che dei suoi dipendenti, contenendo il proprio compenso entro i limiti del valore minimo di liquidazione di cui alle tabelle parametri forensi – allegate al D.M. n. 55 del 10/03/2014, diminuiti del 30%, come da regolamento approvato con deliberazione della Azienda Ospedaliera dei Colli n. _____ del _____, che il sottoscritto dichiara di conoscere ed approvare in ogni sua parte.

Allega:

1. curriculum professionale,
2. documentazione o autocertificazione comprovante le esperienze professionali decennali nel settore della sanità;
3. documentazione o autocertificazione comprovante i dieci incarichi conferiti al professionista da un ente sanitario;
4. copia fotostatica di valido documento di riconoscimento e tesserino di iscrizione all'Albo del COA con firma autografa.

Distinti saluti.

Luogo e data _____

Avv. _____