



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO 3

MODELLO DI DOMANDA - MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA - ASP DEGLI AVVOCATI ESTERNI PER L'EVENTUALE AFFIDAMENTO DI INCARICHI DI RAPPRESENTANZA E PATROCINIO LEGALE

Azienda Sanitaria Locale di
Potenza - ASP
Via Torraca n. 2
85100 POTENZA
protocollo@pec.aspbasilicata.it

Oggetto: Iscrizione elenco avvocati esterni

Il/La sottoscritto/a avv. _____ nato/a a _____
residente in _____ Via _____ con studio legale in _____
_____ telefono _____ Studio _____ e-mail _____ Studio _____
_____ PEC Studio _____ partita IVA _____

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'Elenco di avvocati esterni ai quali eventualmente affidare singoli incarichi di assistenza legale, patrocinio, rappresentanza in giudizio innanzi alle Giurisdizioni ordinarie, amministrative e contabili o consulenza legale, nei casi in cui non sia possibile fare ricorso agli Avvocati in forza alla U.O.C. Affari Legali e Contenzioso dell'ASP, nonché per questioni di particolare complessità e per le quali è richiesta specifica specializzazione, previa sottoscrizione di apposita Convenzione, di cui all'avviso approvato con deliberazione del Direttore Generale n. _____ del _____ nel/nei seguente/i ambito/i di specializzazione (**non possono essere indicati più di due settori**)

- ☐ DIRITTO AMMINISTRATIVO;
- ☐ DIRITTO DEL LAVORO;
- ☐ DIRITTO CIVILE;
- ☐ DIRITTO PENALE;
- ☐ DIRITTO TRIBUTARIO;
- ☐ DIRITTO FALLIMENTARE;
- ☐ ALTRI SETTORI SPECIALISTICI _____
- ☐ con abilitazione dinanzi alle Giurisdizioni superiori (SI) (NO) (barrare)

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 e ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 del medesimo D.P.R. e sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA



1. di essere iscritto all'Ordine degli Avvocati di _____, da almeno anni cinque e precisamente dal _____ (indicare la data di prima iscrizione, anche se in un Ordine diverso dall'attuale)
2. di essere in possesso di comprovata esperienza professionale nei settori/ambiti di specializzazione prescelti di durata pari o superiore a cinque anni per aver assunto la difesa o svolto altri lavori nell'interesse di almeno un Ente del Servizio Sanitario Nazionale o Società partecipata da Enti del S.S.N., come indicato nel curriculum allegato alla presente;
3. di essere cittadino italiano o di uno degli Stati della Unione Europea;
4. di godere dei diritti civili e politici;
5. di non avere contenzioso in corso contro l'ASP (e/o con le Gestioni Liquidatorie ASL n. 1, n. 2 e n. 3) a titolo personale e/o quale difensore di controparte;
6. l'insussistenza nei propri confronti cause ostative a contrattare con la P.A (artt. 32 ter e 32 quater c.p. e art. 444 c.p.p.);
7. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino applicazione di misure di prevenzione o di altro tipo di provvedimenti iscritti in casellario giudiziale per reati in danno della Pubblica Amministrazione che incidono sulla moralità professionale;
8. di non aver subito provvedimenti disciplinari da parte del competente Consiglio dell'Ordine, in riferimento all'esercizio della propria attività professionale, negli ultimi cinque anni;
9. di essere titolare di Partita IVA;
10. di avere stipulato e, quindi, di avere in corso una idonea polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi e copertura dei danni provocati dall'esercizio dell'attività professionale compresa quella per la custodia di documenti, somme di denaro, titoli e valori ricevuti in deposito;
11. di disporre di IBAN per la tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della L. n. 136/2010;
12. di essere disponibile, in caso di incarico, a comunicare codice identificativo di gara (CIG) ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari;
13. di riconoscere e accettare incondizionatamente le condizioni di incarico stabilite nell'Avviso e nel Regolamento aziendale; in particolare, di riconoscere e accettare che l'iscrizione nell'Elenco non comporta il diritto ad essere affidatario di incarichi da parte dell'ASP, né il diritto a percepire una remunerazione a fronte della mera iscrizione;
14. di riconoscere e accettare che il conferimento del singolo incarico determinerà l'obbligo di sottoscrivere una dichiarazione di accettazione all'espletamento dello stesso e di relazionare periodicamente sullo stato delle pratiche e circa le attività svolte, nonché a relazionare periodicamente sul rischio di soccombenza; determinerà inoltre l'obbligo di accettare tutte le condizioni previste nell'avviso pubblico e nel relativo provvedimento di formalizzazione dell'incarico;
15. di accettare termini, modalità e criteri di liquidazione e pagamento dei compensi predeterminati dall'ASP, così come riportato nell'Avviso pubblico, di cui dichiara di essere a conoscenza;
16. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione dei requisiti e/o delle situazioni di fatto e di diritto attestate e richieste dall'ASP;
17. di impegnarsi, per tutta la durata dell'incarico, a non assumere incarichi difensivi contro la Azienda Sanitaria Locale di Potenza, nonché a eliminare ogni situazione di conflitto di interessi esistente al momento dell'incarico e ogni ulteriore causa di incompatibilità prevista dal Codice deontologico forense;



18. di impegnarsi a non difendere imputati nei quali l'ASP è persona offesa dal reato e sia costituita parte civile;
19. che tutto quanto dichiarato e riportato nel curriculum allegato corrisponde al vero;
20. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento U.E. n. 2016/679, per l'esclusivo svolgimento delle procedure di cui alla presente domanda.

Si allega:

1. Curriculum professionale, datato e sottoscritto con firma digitale (formato PAdES), secondo le modalità previste nel bando*;
2. Copia del documento di identità personale, in corso di validità in formato PDF (non sarà oggetto di pubblicazione);
3. Copia del documento attestante il proprio Codice fiscale in formato PDF (non sarà oggetto di pubblicazione);
4. Copia partita IVA in formato PDF (non sarà oggetto di pubblicazione);
5. Estremi della polizza di polizza assicurativa di responsabilità professionale e IBAN.

Recapito per comunicazioni inerenti l'Avviso:

e-mail: _____

PEC: _____

telefono fisso studio legale: _____

cell.: _____

elezione di domicilio: _____

il/la sottoscritto/a, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali successive variazioni.

Dichiarazione relativa al trattamento dei dati personali:

Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali, rese dall'ASP, ai sensi dell'art. 13 del regolamento U.E. 2016/679, utilizzando il modello allegato alla delibera di indizione dell'avviso pubblico.

Luogo e data

Firma
(formato PAdES)

**** Nel curriculum il professionista dovrà, tra gli altri, precisare le peculiari attività svolte nell'ambito dei massimo n. 2 settori specialistici come di specifica competenza***