

Al Signor  
Direttore Generale  
Azienda Socio Sanitaria Territoriale "Fatebenefratelli Sacco"  
Via G.B. Grassi, 74  
20157 - MILANO

**OGGETTO:** RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DI AVVOCATI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PER L'ATTIVITÀ DI PATROCINIO E DI PARERISTICA LEGALE AI SENSI DELL'ART. 17 DEL DLGS. 18 APRILE 2016 N. 50 E SMI NELL'INTERESSE DELLA ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO NONCHÉ DEI SUOI DIPENDENTI NEI CASI PREVISTI DALLA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA;

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

con riferimento all'avviso di cui alla deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco degli avvocati esterni, singoli e/o associati, cui l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco ed i suoi dipendenti nell'ambito della tutela legale ex CCNL Sanità – Comparto e Dirigenza, potranno attingere, al fine di conferire singoli incarichi di patrocinio legale innanzi a tutte le giurisdizioni, anche superiori, di assistenza e rappresentanza in giudizio, per la/le seguente/ti categoria/e (barrare la casella corrispondente alla categoria di interesse):

- ☐ **Diritto Civile (con particolare riferimento alla responsabilità medica e sanitaria)**
- ☐ **Diritto Penale**
- ☐ **Diritto Amministrativo**
- ☐ **Diritto del lavoro (con particolare riferimento al pubblico impiego)**
- ☐ **Diritto tributario**

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiara** sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del predetto decreto;

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- b) di risiedere a \_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
con studio legale in \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_
- c) di possedere la cittadinanza \_\_\_\_\_
- d) di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di residenza (*ovvero indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- e) di essere iscritto all'Albo degli Avvocati di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_,  
ovvero di essere iscritto all'Albo Speciale per il patrocinio dinanzi la Cassazione e alle  
Magistrature Superiori di \_\_\_\_\_ al N. \_\_\_\_\_, dal  
\_\_\_\_\_;
- f) di essere in possesso del richiesto requisito di particolare e comprovata esperienza in  
relazione alle materie delle sezioni dell'albo in cui chiede l'iscrizione, come attestato  
dall'allegato curriculum;
- g) di essere libero professionista e di non avere alcun rapporto di lavoro dipendente, né  
pubblico né privato, neppure a tempo parziale;
- h) di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che  
riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti  
amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- i) di accettare senza riserve le condizioni dell'avviso oggetto della presente domanda;
- l) di non trovarsi in condizione di conflitto di interesse con la ASST Fatebenefratelli Sacco,  
e, al fine di prevenire l'insorgere di futuri conflitti di interesse con la predetta Azienda, di  
assumere l'impegno a non accettare, nel momento in cui dovesse ricevere mandato  
dalla ASST Fatebenefratelli Sacco per la rappresentanza degli interessi di quest'ultima,  
rapporti di patrocinio/di consulenza legale contro la stessa;
- m) di non essere in condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di con-  
trarre con la Pubblica Amministrazione;
- n) di essere disponibile a praticare parcelle in ossequio ai principi stabiliti al paragrafo 4  
dell'avviso pubblico, rubricato "*onorari riconosciuti al professionista*";
- o) di aver stipulato idonea polizza assicurativa per rischi professionali con la Compagnia  
Assicuratrice \_\_\_\_\_ polizza n. \_\_\_\_\_, con vigenza dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_, che prevede un massimale di Euro \_\_\_\_\_;
- p) di essere in possesso del seguente codice fiscale: \_\_\_\_\_ e della  
seguente partita IVA \_\_\_\_\_.

15

17

Dichiara, inoltre, di eleggere recapito, per ogni comunicazione relativamente all'avviso in argomento, al seguente indirizzo:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Posta elettronica certificata: .....

Si impegna a comunicare eventuali variazioni successive di indirizzo, riconoscendo che codesta Azienda Ospedaliera non assume nessuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

**ALLEGA:**

1. dettagliato curriculum vitae e professionale, debitamente datato e sottoscritto;
2. fotocopia del documento di riconoscimento (*indicare tipo e numero*) rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del GDPR 679/16 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 così come modificato dal D.lgs 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per cui autorizzo il trattamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(non autenticata)