

DOMANDA PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI AVVOCATI FIDUCIARI

Alla c.a. Responsabile Ufficio Legale
Assicurazione e Privacy
Azienda Ospedaliero Universitaria di
Modena
Via del Pozzo, 71
41124 MODENA
PEC :
affarigenerali@pec.policlinico.mo.it

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a ail.....
residente a.....Via/Piazza.....
con studio in.....Via/Piazza.....
tel.....fax.....e-mail.....PEC.....
codice fiscale.....partita Iva.....

CHIEDE

Di essere iscritto/a nell'elenco degli avvocati fiduciari dell'AOU di Modena per la sezione di seguito indicata (*barrare la sezione di interesse*):

- sezione 1 – Civile
 - Lavoro
 - Risarcimento danni
- sezione 2 - Penale
- sezione 3 - Amministrativo
- sezione 4 - Tributario

a tal fine, consapevole che ai sensi dell'art. 76 del 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, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000

DICHIARA DI

- essere iscritto/a all'Albo degli avvocati didal
- essere in regola con l'acquisizione dei crediti riconosciuti per la formazione continua degli avvocati, salvo per i professionisti esenti;
- essere in regola con i versamenti previdenziali;
- assenza di condanne penali ovvero carichi penali pendenti per delitto doloso;
- assenza di provvedimenti sanzionatori di natura disciplinare;
- assenza di conflitto d'interesse con l'Azienda incaricante, non aver in corso cause contro l'Azienda e, comunque, mancata assunzione da almeno un biennio di incarichi professionali di difesa svolti contro l'Azienda stessa;
- assenza di cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di assistenza nell'interesse dell'Azienda;
- per le vertenze innanzi alle Giurisdizioni Superiori di essere abilitato/a al patrocinio in quanto iscritto al relativo albo speciale dal.....;

- di accettare incondizionatamente tutte le clausole inserite nell'avviso ed in particolare le condizioni economiche;
- che i dati riportati nel curriculum e nell'elenco delle cause patrocinate sono veritieri;
- di accettare il fatto che la richiesta di partecipazione all'avviso e l'inserimento nell'Elenco non vincoli in alcun modo l'Azienda al conferimento degli incarichi;
- di autorizzare l'Azienda Ospedaliera, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196 del 30/06/2003 s.m.i., al trattamento dei propri dati personali, anche a mezzo di strumenti informatici, nell'ambito dei procedimenti per i quali la presente dichiarazione viene resa.

Allega:

curriculum vitae;
elenco dettagliato cause patrocinate;
copia documento di riconoscimento in corso di validità
polizza assicurativa RC professionale

Data.....

Firma e timbro.....