



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**

Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 - Tel. 0922/407111 – Fax 0922/407291  
Web: [www.aspag.it](http://www.aspag.it); PEC: protocollo@pec.aspag.it

## AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento  
Viale della Vittoria n. 321  
92100 Agrigento**

**Oggetto:** Richiesta iscrizione negli elenchi per il conferimento di incarichi legali.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla via  
\_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ chiede di essere iscritto nell' elenco per l'affidamento degli incarichi legali di codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento optando per la **(contrassegnare con la X solo una sezione pena inammissibilità della domanda con esclusione dagli elenchi):**

- Sezione A: CONTENZIOSO AMMINISTRATIVO – CONTABILE
  - Sezione B: CONTENZIOSO CIVILE – LAVORISTICO
  - Sezione C: CONTENZIOSO PENALE
  - Sezione D: CONTENZIOSO TRIBUTARIO

Allo scopo, in applicazione del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle responsabilità anche di natura penale da ciò derivanti, dichiara quanto segue:

- Di essere iscritto nell'elenco degli Avvocati del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati/dei Consulenti Commercialisti di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e, pertanto, di essere in possesso del requisito dell'iscrizione da almeno cinque anni;
  - Che non sussistono cause ostative o limitazioni, secondo la disciplina normativa vigente, a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
  - Di non avere procedimenti penali;
  - Di non essere incorso in sanzioni disciplinari;
  - Che non sussistono condizioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi con l'Azienda come previste dall'ordinamento giuridico e dal codice deontologico;

**Modello domanda prima iscrizione elenchi incarichi legali**

- Che non sussiste contenzioso o incarico in essere contro l’Azienda sia in proprio sia in nome e per conto di propri clienti.

Dichiara, altresì:

- Di avere preso visione del Regolamento Aziendale per il conferimento di incarichi legali e del relativo disciplinare di incarico, dove, tra l’altro, sono pattuiti anche i compensi spettanti per l’attività professionale, come adottati dall’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento con deliberazione n. 483 del 07/03/2024 e di **accettarne integralmente i contenuti**;
- - **di essere** abilitato al patrocinio innanzi alle magistrature superiori
  - **non essere** abilitato al patrocinio innanzi alle magistrature superiori

**(contrassegnare con una X)**

Si allega curriculum sottoscritto e copia del documento di riconoscimento in corso di validità e, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2013 e s.m.i., esprime consenso alla raccolta e al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, per le finalità inerenti la procedura di che trattasi e l’eventuale conferimento degli incarichi professionali

Agrigento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_