



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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; PEC: protocollo@pec.aspag.it

AI DIRETTORE GENERALE
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 (barrare solo la sezione prescelta):

- ☐ 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 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 forense;
- Che non sussiste contenzioso o incarico legale 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 in misura pari ai parametri minimi previsti dal previgente DM. 140/2012 con applicazione delle decurtazioni in esso indicati, adottati da codesta Azienda Sanitaria con atto deliberativo n. _____ del _____ e di accettare integralmente quanto in essa stabilito;
- Di essere / non essere abilitato al patrocinio innanzi alle magistrature superiori;
- Di essere specializzato o di svolgere prevalentemente la propria attività nel seguente ramo (barrare casella/e che interessa/no):
 - Diritto Amministrativo;
 - Diritto del Lavoro;
 - Diritto Civile;
 - Diritto Penale;
 - Diritto Tributario e Contabile;
 - Altro (specificare): _____

Si allega curriculum sottoscritto e copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Agrigento _____

Firma
