

ALLEGATO I

SCHEMA DI DOMANDA

Il sottoscritto....., nato a....., il.....,
CF:..... residente ain con
studio in via/piazza Tel. cell
..... fax , assicurato per la responsabilità professionale
con polizza n., massimale emessa dalla
..... Agenzia di in qualità di avvocato
professionista in nome e per conto:

- Proprio
- Dello studio associato

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco dell' Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata di Roma per il conferimento di incarichi legali per la seguente AREA d'interesse:
(Indicare l'area/e prescelta/e)

- Civile
- Penale
- Amministrativo
- Tributario
- Lavoro
- Altro _____ *(Specificare)*

A tal fine sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti del D.P.R. N. 445/2000 s.m.i.

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio
..... conseguito
presso;
di essere in possesso della specializzazione e/o master in
..... o di altro
titolo sostitutivo.....;
di essere iscritto all'Albo Ordinario Professionale dal..... presso il Foro di
..... al n.;
di essere iscritto all'Albo Cassazionisti dal;
di non aver riportato condanne penali;
di non essere stato oggetto di rilievi disciplinari o non avere procedimenti disciplinari in corso;
l'assenza di cause di divieto, di decadenza e di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio
1965 n. 575 e s.m.i. "Disposizioni Antimafia" nei propri confronti;
la non sussistenza di cause ostative a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
in armonia con quanto disposto dal codice deontologico forense che non vi sono circostanze di
fatto oggettive o soggettive che possano determinare un conflitto di interessi con l' Azienda
Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata di Roma;
di prestare il proprio consenso per il trattamento dei propri dati personali da parte dell' Azienda
Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata di Roma che li utilizzerà in funzione
degli adempimenti connessi alla prestazione professionale ai sensi e nel rispetto del D.Lgs. n.
196/2003;

Il sottoscritto inoltre:

SI IMPEGNA

a non accettare incarichi da terzi, pubblici o privati, contro l' Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata di Roma per la durata del rapporto instaurato;
a segnalare all'Azienda l'insorgere di situazioni di conflitto di interessi in ordine all'incarico affidato, in armonia con quanto disposto dal codice deontologico forense;
ad inoltrare in copia digitale in formato di tipo "aperto" (ovvero modificabile, es. *.doc., *.txt, etc...), il Curriculum Vitae su modello europeo, omettendo recapiti personali (non di studio quali indirizzo abitazione, n. cellulare, codice fiscale, etc...), già presentato datato e sottoscritto qualora l'istanza non sia avanzata in formato digitale;

CHIEDE

che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente numero di fax..... o alla seguente e-mail _____
P.E.C..... *(indicare l'indirizzo di posta elettronica ordinaria (e-mail), certificata (P.E.C.) e di un numero di fax funzionante, in quanto tutte le comunicazioni relative al presente avviso saranno effettuate al predetto indirizzo e-mail, P.E.C. o numero di fax);*

che al numero di fax o all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicati potrà essere inviata ogni comunicazione ad ogni effetto di legge;
di autorizzare la stazione appaltante ad utilizzare il fax o PEC quale mezzo di trasmissione delle comunicazioni inerenti l'avviso.

ALLEGA

i seguenti documenti:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- Curriculum Vitae su modello europeo datato e sottoscritto.

Luogo e data

FIRMA
