

**Allegato 1
Domanda**



**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

Spett.le

CODICE: "AF.LEG.01"
(da inserire nell'oggetto dell'istanza)

**AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA"
DIRETTORE GENERALE
Dott. CASCIARI ANDREA
Via Tristano di Joannuccio, 1
05100 TERNI**

Pec : aospterni@postacert.umbria.it

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per la formazione di un Elenco di Avvocati Esterni per il conferimento di incarichi di patrocinio legale per conto dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni - AGGIORNAMENTO ELENCO ANNO 2024.

Il /La sottoscritto/a , nato/a
a.....() il.....e residente in
.....
Via/Piazza.....
Con studio in()
Via/Piazza.....
Tel.....cell.....
indirizzo email.....
posta certificata.....
codice fiscale partita IVA.....

Iscritto al Consiglio dell'Ordine degli Avvocati presso il Tribunale di
Con iscrizione dal.....

Con riferimento all'Avviso di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 220 del 10/04/2024, del quale desidera ricevere, ad ogni effetto, ogni necessaria comunicazione al domicilio sopra indicato (ovvero al seguente domicilio se diverso)

CHIEDE

di essere inserito nell'Elenco degli Avvocati Esterni, singoli e/o associati del libero foro, di codesta Azienda Ospedaliera per le seguenti materie (barrare solo quelle di interesse):

- 1-CIVILE:**
- Lavoro
- Responsabilità sanitaria
- Appalti
- Altro
- 2-PENALE**
- 3-AMMINISTRATIVO-CONTABILE e TRIBUTARIA**

A tal fine il sottoscritto, 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 degli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/2000.

DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico, approvato con deliberazione n.220 del 10/04/2024 e pubblicato sul sito web aziendale e sull'Albo Pretorio on line della stessa e di accettarne tutte le clausole e condizioni comprese anche quelle contenute nel vigente Regolamento di cui alla DDG n.299/2022;
- di accettare che il compenso sarà calcolato ai minimi tariffari in relazione allo scaglione applicabile in ragione del valore del procedimento e, per l'effetto, elaborato in ossequio alle prescrizioni di cui alla Legge 21.04.2023, n. 49, recante "Disposizioni in materia di equo compenso delle prestazioni professionali".
- di non essere in condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di contrarre con la pubblica amministrazione;
- di non avere precedenti penali;
- di essere iscritto all'Albo professionale da almeno dieci anni (indicando presso quale Consiglio dell'Ordine);
- di aver partecipato in un numero congruo di cause relative alla sezione per la quale si fa richiesta (almeno 10);
- in caso di Associazioni professionali dovrà essere indicata l'iscrizione nel Registro delle imprese;
- di essere in regola con l'acquisizione dei crediti riconosciuti per la formazione continua degli Avvocati;
- assenza di conflitto di interesse con l'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni;
- di non aver rappresentato o difeso negli ultimi 3 anni controparti dell'Azienda nelle cause civili, penali o amministrative, contabili e tributarie;
- di non aver in corso incarichi contro l'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni per terzi, soggetti pubblici o privati con espresso impegno a non accettare incarichi da terzi, pubblici o privati, contro l'Azienda, per tutta la durata del rapporto instaurato;
- assenza di provvedimenti sanzionatori di natura disciplinare;
- assenza di cause di incompatibilità ad assumere incarichi legali nell'interesse dell'Azienda;
- di essere in possesso della polizza assicurativa per la responsabilità professionale di cui si produce copia;
- di riconoscere ed accettare che l'inserimento nell'Elenco non comporta l'attribuzione di alcun diritto soggettivo in ordine ad eventuali conferimenti di incarichi, né tanto meno alcun obbligo specifico in capo all'Azienda.

ALLEGA (obbligatoriamente)

- Curriculum vitae e professionale in forma di autocertificazione debitamente datato e sottoscritto e con autorizzazione al trattamento dei dati personali
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità (indicare tipo e numero) rilasciato il da.....

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D. Lgs. n. 196/03 e del GDPR (Reg.UE 2016/679), come specificato nell'Avviso.

Data

FIRMA