



**Al Direttore Generale
A.S.T. del Garda
Località Montecroce
25015 - Desenzano del Garda (BS)
Indirizzo PEC: protocollo@pec.asst-garda.it**

Il/la sottoscritto/a avvocato _____
Nato/a a _____
residente in _____ alla via _____
n. telefonico _____ e-mail _____
pec _____
con riferimento all'Avviso approvato con Delibera n. _____ del _____ relativo alla
costituzione di un Elenco di Avvocati al quale l'ASST del Garda potrà attingere per
conferire eventuali incarichi di difesa e rappresentanza in giudizio

CHIEDE

di essere iscritto nel costituendo Elenco per la/le sezione/i di seguito indicate:

sezione a: affari di diritto civile, commerciale, del lavoro, dell'assistenza e previdenza obbligatorie;

sezione b: affari di diritto amministrativo e di diritto tributario;

sezione c: affari di diritto penale.

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole che, ai sensi dell'art. 76/ DPR 28/12/2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi saranno puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali,

DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico approvato con Delibera n. _____ del _____ di codesta Azienda e pubblicato in forma integrale sul sito internet www.asst-garda.it;



- di essere in possesso della laurea in giurisprudenza e di essere iscritto all'Albo degli Avvocati di _____ al n. _____ dal _____;
- di essere iscritto all'Albo speciale per il patrocinio innanzi alla Cassazione e alla giurisprudenze superiori dal _____;
- di non aver in corso procedimenti disciplinari a proprio carico;
- di non trovarsi al momento in situazione di incompatibilità a rappresentare e difendere gli interessi dell'ASST del Garda e di impegnarsi comunque, nel caso gli vengano attribuiti incarichi professionali dall'ASST del Garda, a non accettare incarichi da terzi, sia privati che enti pubblici, contro l'ASST del Garda;
- di non aver patrocinato, negli ultimi 5 anni, giudizi in sede penale, civile, amministrativa innanzi all'Autorità Giudiziaria, contro l'ASST del Garda;
- di riconoscere ed accettare che l'iscrizione nell'elenco non comporta alcun diritto ad essere affidatario di incarichi da parte dell'ASST del Garda;
- di accettare senza riserve tutte le condizioni indicate nell'Avviso a fronte del quale viene formulata la presente domanda;
- di riconoscere ed accettare in particolare che l'iscrizione nell'elenco determinerà l'obbligo, all'atto dell'eventuale conferimento del singolo incarico, di accettare le condizioni previste dal disciplinare di incarico e dai criteri di determinazione del compenso di cui ai documenti allegati n. 2 e n. 3 dell'Avviso;
- di riconoscere un eventuale sconto pari al _____ % rispetto ai criteri di determinazione dei compensi di cui all'allegato 3.

Allega:

- proprio curriculum professionale redatto nella forma prescritta nell'Avviso;
- copia polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi a copertura dei rischi professionali;

Luogo..... Data

Firma.....

N.B.: Nel caso in cui la presente domanda non venga presentata personalmente all'Ufficio o non venga inviata a mezzo PEC, andrà allegata copia di un documento di identità.

Autenticazione di sottoscrizione omessa a norma dell'articolo 39 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il sottoscritto allega fotocopia fronte – retro del documento d'identità _____

Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda

Sede Legale: 25015 Desenzano del Garda (BS) Località Montecroce - Codice Fiscale e Partita IVA 03775660982 - www.asst-garda.it