



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

Al Commissario Straordinario
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;

- 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
