



ALLEGATO B

**FAC-SIMILE DOMANDA PER LA DICHIARAZIONE DI PERMANENZA DEI REQUISITI  
PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI AVVOCATI ESTERNI DELLA ASL ROMA 4 ED  
ACCETTAZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO APPROVATO CON DELIBERAZIONE  
DEL D.G. n. 1912 del 19-12-2017**

Al Direttore Generale  
della ASL Roma 4  
Via Terme di Traiano, n. 39/A  
00053 Civitavecchia (RM)  
PEC: [protocollo@pec.aslroma4.it](mailto:protocollo@pec.aslroma4.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con Studio  
in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ fisso \_\_\_\_\_, mobile \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_

**ISCRITTO O PARTECIPANTE ALLA PROCEDURA SELETTIVA PER L'ISCRIZIONE**

nell'Albo dei professionisti Avvocati esterni istituito da codesta ASL Roma 4, con deliberazione del D.G. n. 1406 del 29.11.2012, aggiornato ed integrato con deliberazioni del D.G. n. 198 del 01.03.2013, n. 211 del 13.06.2013, n. 272 del 04.04.2014, n. 669 del 09.07.2014, n. 60 del 22.01.2015 e n. 1542 del 15.12.2015, per il conferimento di incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio dell'Azienda medesima in/nei seguenti settori:

- Diritto Civile (principalmente responsabilità medica professionale);
- Diritto del Lavoro (pubblico impiego);
- Diritto Amministrativo;
- Diritto Penale;
- Diritto Contabile e Tributario.

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

**DICHIARA**

- di aver preso visione del Regolamento approvato con Deliberazione del D.G. n. 1912 del 19-12-2017 di codesta Azienda pubblicato in forma integrale nell'Albo Pretorio on-line presente sul sito aziendale [www.aslroma4.it](http://www.aslroma4.it), oltretutto nella sezione "Amministrazione Trasparente - Consulenti e collaboratori" del predetto sito web;
- di aver preso visione dell'Avviso approvato con Deliberazione del D.G. n. 1912 del 19-12-2017 di codesta Azienda pubblicato in forma integrale nell'Albo Pretorio on-



linea presente sul sito aziendale [www.aslroma4.it](http://www.aslroma4.it), oltreché nella sezione "Amministrazione Trasparente – Bandi di concorso" del predetto sito web;

- di essere iscritto/a all'Albo degli Avvocati di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, nonché di essere iscritto all'Albo speciale per il patrocinio innanzi alle Magistrature Superiori di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, con indicazione di eventuali sospensioni, cancellazioni e motivi delle stesse;
- di non aver riportato nei due anni precedenti provvedimenti disciplinari *al di sopra della censura*, né di essere attualmente sottoposto/a a procedimenti disciplinari;
- di non assistere, difendere e/o rappresentare soggetti terzi, pubblici o privati, in controversie (giudiziali e/o stragiudiziali) in essere contro la ASL Roma 4;
- di non trovarsi in posizione di conflitto di interesse con la ASL Roma 4;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione;
- di non essere a conoscenza di indagini penali pendenti a proprio carico;
- di non essere in condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- di eleggere il domicilio presso il quale dovrà essere fatta ogni comunicazione inerente al presente avviso, il recapito telefonico, nonché l'indirizzo di posta elettronica e l'indirizzo pec \_\_\_\_\_
- di riconoscere ed accettare che l'inserimento nell'Albo non fa sorgere alcun diritto all'affidamento di incarichi professionali da parte della ASL Roma 4;
- di riconoscere ed accettare che l'iscrizione nell'Albo determina l'obbligo di accettare tutte le condizioni previste nel Regolamento in caso di affidamento di incarichi;
- di accettare espressamente che i compensi saranno calcolati secondo le modalità e nei termini espressamente disciplinati nel Regolamento;
- di aver stipulato idonea polizza assicurativa per la responsabilità professionale con la Compagnia \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, con massimale \_\_\_\_\_ e con scadenza \_\_\_\_\_;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei requisiti e/o delle situazioni di fatto e di diritto attestate e richieste dall'Azienda.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere a conoscenza che, ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003, n.196, i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea e/o informatica, per le sole finalità di espletamento della presente procedura e a tal fine autorizza espressamente la ASL Roma 4 al trattamento dei dati personali.

**Allegati:**

- 1) copia di valido documento di identità.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ firma leggibile \_\_\_\_\_

**N.B. :**

**in caso di associazioni professionali la domanda deve essere presentata da ciascuno degli associati.**