

Allegato B2

SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI AVVOCATI PER INCARICHI DI DIFESA IN GIUDIZI IN APPLICAZIONE DELL'ISTITUTO CONTRATTUALE DEL PATROCINIO LEGALE

Al Direttore Generale
dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS
Via Gattamelata n. 64
35128 Padova

A mezzo pec: protocollo.iov@pecveneto.it

Il sottoscritto Avvocato _____ nato a _____
il _____ residente a _____ Prov _____ CAP _____
Via _____ n. _____ tel. _____ del
Foro di _____ con studio in _____

Telefono/cellulare _____ fax _____
indirizzo mail _____ pec _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura indetta con avviso pubblico per la formazione di un elenco di avvocati per l'affidamento di incarichi per la difesa in (barrare l'ambito di competenza):

- giudizi civili, in ambito di responsabilità professionale medico – sanitaria
- giudizi penali

in applicazione dell'istituto contrattuale del patrocinio legale a favore del personale dell'Istituto Oncologico Veneto.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 TU della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75 del medesimo TU in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la sua responsabilità,

DICHIARA:

- Di essere iscritto all'Albo Professionale degli Avvocati da almeno 15 anni;
- Di essere iscritto all'Albo Professionale degli Avvocati Cassazionisti;
- Di godere dei diritti civili e politici;
- L'assenza di condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di contrarre con la pubblica amministrazione;
- L'assenza di condanne penali accertate con sentenza passata in giudicato;
- Il possesso di esperienza di difesa nel contenzioso (barrare l'ambito di competenza)
 - Civile, in materia di malpractice professionale medico-sanitaria
 - Penale

debitamente comprovata da curriculum vitae ed eventuale attestazione di titolo preferenziale costituito dall'aver svolto la suddetta attività in difesa di aziende sanitarie pubbliche e loro dipendenti, con esito positivo, opportunamente documentata;

- Il possesso dello Studio nel circondario del Tribunale di Padova, Treviso o Venezia;
- L'assenza di conflitto di interessi con l'Istituto Oncologico Veneto di Padova, ossia: non aver rappresentato o difeso negli ultimi due anni controparti dell'Istituto in azioni giudiziarie; non essere stato nominato difensore da querelanti/denunciati contro dipendenti Istituto Oncologico Veneto per ragioni d'ufficio; non avere avanzato richieste di risarcimento danni o diffide contro l'Istituto Oncologico Veneto o suoi dipendenti per ragioni d'ufficio; non essersi costituiti Parte Civile o essere stati difensori di parti offese e non avere promosso azioni civili contro l'Istituto Oncologico Veneto o i suoi dipendenti per ragioni d'ufficio;
- L'impegno a non avere rapporti di patrocinio contro l'Istituto Oncologico Veneto nel periodo di iscrizione nell'Elenco redatto in esito alla procedura in oggetto; tale impegno si intende esteso anche ai professionisti associati del medesimo Studio;
- L'assenza di sanzioni disciplinari e/o di pendenza di procedimenti disciplinari in corso;
- La disponibilità a concordare le tariffe per la determinazione del compenso professionale nell'ambito dei criteri di cui al D.M. 55/2014, entro i valori medi e secondo i criteri del regolamento ministeriale stesso;
- Il possesso, con l'obbligo di mantenerla per tutto il periodo di iscrizione all'elenco e di svolgimento delle attività di patrocinio, di una assicurazione professionale personale, per un massimale di almeno 1.000.000,00 euro.

Si allega:

- copia della convenzione generale di cui all'allegato 1 – debitamente sottoscritta;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- curriculum vitae sottoscritto.

Dichiara di aver preso visione ed accettare integralmente tutte le condizioni della presente procedura. Dichiara infine che l'indirizzo al quale far pervenire ogni eventuale comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

(indicare indirizzo completo – telefono – fax – cellulare – indirizzo mail – indirizzo pec)

Data _____ Firma _____