

ASL TERAMO PROTOCOLLO UNICO
 Posta in Arrivo
 Prot. n.0037464/24 del 02/05/2024

COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA RELATIVA AL POSSESSO DEI REQUISITI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI PATROCINIO LEGALE ED ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ, INCOMPATIBILITÀ O CONFLITTO DI INTERESSI

Io sottoscritto/a Avv. Alfredo Quaranta

AVVALENDOMI

delle facoltà di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

CONSAPEVOLE

delle sanzioni previste dall'art. 76 della richiamata normativa per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 - comma 1 - del medesimo D.P.R., sotto la mia personale responsabilità ed ai fini di quanto previsto dall'Avviso per la costituzione dell'Albo Avvocati di questa Azienda, le cui condizioni sono state espressamente accettate all'atto della presentazione della domanda di iscrizione

DICHIARO

di **non** essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, nonché di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

di **non** avere procedimenti penali in corso;

di **non** avere avuto sanzioni disciplinari e di **non** avere procedimenti disciplinari in corso presso il Consiglio dell'Ordine degli Avvocati competente;

di **essere** stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per il seguente reato: _____

di **essere** destinatario/a dei seguenti provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, nonché di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale: _____

di **avere** procedimenti penali in corso per i seguenti reati: _____

di **avere** ricevuto sanzione/i disciplinare/i, o avere un procedimento disciplinare in corso, per i seguenti motivi: _____

di **non** trovarsi in posizione di conflitto di interessi con l'Azienda USL di Teramo e di non versare in alcuna condizione di incompatibilità a difendere e rappresentare gli interessi dell'Azienda USL di Teramo;

di **non** assistere, difendere e/o rappresentare clienti in controversie giudiziali e/o stragiudiziali in atto contro l'Azienda USL di Teramo, ovvero di rinunciare, contestualmente al conferimento dell'incarico da parte dell'Azienda USL di Teramo, a proseguire nella predetta attività professionale (indicare di seguito gli incarichi oggetto di rinuncia: _____

_____)

di **non** essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione ovvero di **non** essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego pubblico e di non essere stato/a licenziato/a per aver conseguito un impiego mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti;

di **avere** in corso i seguenti altri incarichi professionali con oneri a carico della Finanza pubblica, presso Enti pubblici o Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione: (indicare numero e tipologia degli incarichi in essere e gli Enti che li hanno conferiti, con esclusione di quelli eventualmente già conferiti dalla ASL di Teramo): _____

_____ difese presso la Giurisdizione Ordinaria, amministrativa (T.A.R.) e contabile di Enti Locali, Comune di Colledara (n. 3), Comune di Tossicia (n.2), Consorzio di Bonifica Nord (n. 2), Comune di Atri (n. 2), Comune di Castelli (1), Comune di Rocca Santa Maria (1)

di **essere** titolare della seguente carica presso Enti pubblici o Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione (indicare la carica rivestita, la durata e l'Ente che l'ha conferita)

Il/La sottoscritto/a si impegna ad aggiornare le informazioni di cui alla presente comunicazione ogniqualvolta si determinino variazioni rilevanti.

Data 2 Maggio 2024

_____ *Il/La dichiarante*

(Spazio riservato all'ufficio ricevente, da utilizzare in alternativa all'invio della fotocopia del documento di identità)

Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

_____ Nome, Cognome e profilo professionale del funzionario

_____ Firma del funzionario