



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

Io sottoscritto/a **Avv. SABRINA MARINOZZI**,

**AVVALENDOMI**

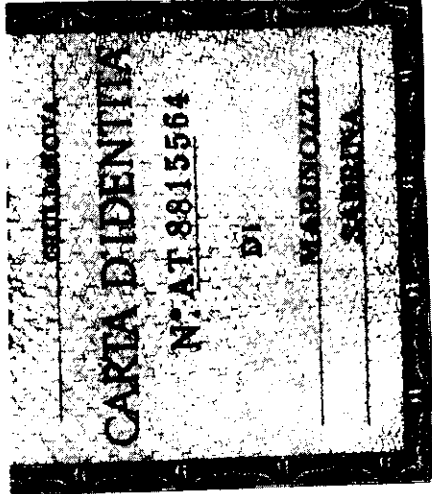
delle facoltà di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

**CONSAPEVOLE**

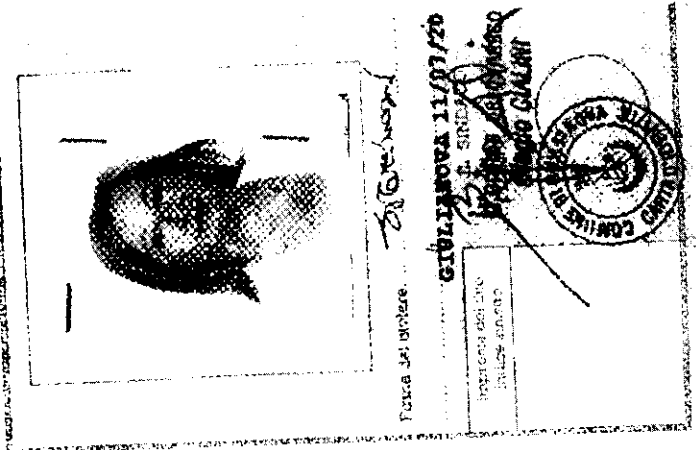
delle sanzioni previste dall'art. 76 della richiamata normativa per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 - comma 1 - del medesimo D.P.R., sotto la mia personale responsabilità ed ai fini di quanto previsto dall'Avviso per la costituzione dell'Albo 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;



AT 8815564



Cognome	MARINAZZI
Nome	SABRINA
Data di nascita	15/03/1967
Sex	F
Religione	A
Provincia	GIULIANOVA (TE)
Località	ITALIANA
Via	VIA TOKIO, 2
Professione	AVVOCATO
Indirizzo	CONNETTI E CONTAMMISSIONI SALENTI
Stato	1-69
Capelli	CASTANI
Colori	VERDI
Segna particolari	NULLA

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;

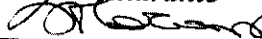
di avere in corso i seguenti altri incarichi professionali con oneri a carico della Finanza pubblica, presso Enti pubblici o Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione: (indicare numero e tipologia degli incarichi in essere e gli Enti che li hanno conferiti, con esclusione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

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.

Giulianova, 29.3.2022 \_\_\_\_\_

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*