**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SHORT LIST DI AVVOCATI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI PATROCINIO LEGALE FINALIZZATI AL RECUPERO CREDITI**

Il/ La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere iscritt\_\_ nell'elenco degli Avvocati per l’afﬁdamento di incarichi legali finalizzati al recupero crediti.

A tal ﬁne, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli ant. 46 e 47 del predetto D.P.R. 445/2000, quanto segue:

l) di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) di essere abilitato all'esercizio della professione forense e di essere iscritto all'Albo degli Avvocati dell'Ordine di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ di iscrizione;

3) che la denominazione e il recapito dello studio professionale del sottoscritto avvocato da prendere a riferimento per l'afﬁdamento dell'incarico e per la liquidazione delle prestazioni professionali, nonché per l'invio e la ricezione di ogni comunicazione, è:

Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione;

5) di non essere in condizioni ostative a contrattare con la Pubblica Amministrazione a norma di legge;

6) di non essere in condizioni di conﬂitto di interessi con il Consorzio dell’Ambito sociale di Maglie come previsto dalla normativa vigente e dal codice deontologico forense;

7) di disporre di copertura assicurativa professionale;

8) di essere libero professionista, di possedere la partita Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di non avere alcun rapporto di lavoro dipendente, né pubblico né privato, neppure a tempo parziale

9) dì non essere in condizioni di incompatibilità derivanti dalla pendenza di contenzioso personale contro il Consorzio dell’Ambito sociale di Maglie;

10) di aver preso visione e di accettare tutte le norme, condizioni e prescrizioni contenute nell'avviso;

11) di autorizzare il Consorzio dell’Ambito sociale di Maglie, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n, 196/2003, al trattamento dei propri dati personali, anche a mezzo di strumenti informatici, nell'ambito dei procedimenti per i quali la presente dichiarazione viene resa;

12) di allegare il proprio curriculum (in formato europeo) a comprova del possesso dei requisiti richiesti dall’avviso.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

Allega - ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000:

- copia fotostatica del seguente documento di identità:

tipo documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Curriculum vitae professionale da cui risulti l’esperienza e la specializzazione maturata nell’esercizio dell’attività professionale e nella materia del recupero crediti ;
* Copia della polizza assicurativa professionale in corso di validità.