**MODELLO A**

**Spett.**

**FarmaciaTerni – S.r.l.**

afmterni@pec.it

Oggetto: manifestazione di interesse incarichi legali.

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) ……………………………….……………………………….

nato/a ………………………………………… (Prov. ………) il ………………………………….

residente in …………………………………………………………………………… (Prov.……….)

Via …………………………………………………………………………n. ………………………..

C.F. ………………………………………………………………..…………………………….…….

PEC ……………………………………………………………………………………………………

telefono ………………………………………………………………………………...……………………….

**MANIFESTA L’INTERESSE**

ad essere iscritto/a all’elenco degli avvocati, che sarà formato da FarmaciaTerni – S.r.l., per il conferimento di incarichi e consulenze legali. A tal fine, consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del predetto D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

1. di essere iscritto dal ………………..…….. all’Ordine degli Avvocati presso il Tribunale di ……………………..………………………. con n. ………… di iscrizione;
2. di essere in regola con l’iscrizione alla Cassa di Previdenza professionale di competenza, nonché con il versamento dei relativi contributi;
3. di non essere interessato da cause ostative, secondo la vigente normativa, a contrattare con la pubblica amministrazione;
4. di avere svolto attività di patrocinio legale a favore di enti locali e/o società partecipate dai medesimi;
5. di non aver subito sanzioni disciplinari e non avere procedimenti disciplinari in corso attivati dall’Ordine di appartenenza, in relazione all’esercizio dell’attività professionale;
6. di non avere a proprio carico condanne penali o sentenze di applicazione di pena su richiesta, ai sensi dell’art. 444 c.p.p., per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale;
7. di non aver riportato condanne definitive all’esito di azioni per responsabilità professionale;
8. di non avere situazioni di incompatibilità nonché di conflitto di interessi con la stazione appaltante, come previste dall’ordinamento giuridico e dal codice deontologico forense;
9. di non avere contenziosi o incarichi legali in essere contro la Società FarmaciaTerni – S.r.l., sia in proprio, sia in nome e per conto dei propri clienti, sia da parte degli avvocati associati, sia da parte di avvocato facente parte dello stesso studio legale;
10. di non svolgere neppure a tempo parziale attività di lavoro dipendente in favore di datori di lavoro pubblici o privati, salve le eventuali collaborazioni professionali, anche continuative, non a carattere subordinato in favore di altri studi;
11. di essere in possesso di polizza assicurativa per responsabilità professionale, polizza n. ………………………. emessa da ………………………………………………………….;
12. di volersi iscrivere nei seguenti ambiti di specializzazione, per i quali possiede specifica preparazione, come risulta dal *curriculum vitae* allegato:
* **Sezione A. CIVILE**
* **Sezione B. LAVORO**
* **Sezione C. SOCIETARIO – AMMINISTRATIVO/CONTABILE, con particolare riferimento alla materia degli appalti pubblici, delle assunzioni, della gestione dei servizi pubblici locali,** **società a partecipazione pubblica a carattere locale;**
* **Sezione D. TRIBUTARIO**
* **Sezione E. PENALE.**

1. di essere abilitato al patrocinio innanzi alle seguenti giurisdizioni: …………………………

…………………………………………………………….…………………………………;

1. di essere dotato di sistema informatico collegato alla rete internet e di posta elettronica certificata;
2. (*da compilare soltanto nel caso di studio professionale associato*) che i nominativi dei soggetti che potranno espletare l’incarico e del legale referente incaricato del coordinamento sono i seguenti: ………………………………………………………………….……………

…..………………………………………………………………..…………………………..;

1. che l’esatta denominazione e l’esatto recapito dello studio professionale, cui affidare l’incarico, liquidare le prestazioni professionali ed inviare ogni comunicazione, è il seguente:

Studio …………………………….……………………………………………………………………

Via/Piazza ……………………………………………………………………….. n. ……….………

CAP ………………… Comune …………………………………………………. (prov. …….….)

Telefono ………………………………………. Fax …………………………….………………….

Mail ………………………………………….…. PEC …………………..………………………….

Codice fiscale/partita IVA …………………………………………………………………………. .

1. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione;
2. di autorizzare FarmaciaTerni – S.r.l., ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 163/06 e s.m.i., al trattamento dei dati personali, anche a mezzo di strumenti informatici nell’ambito dei procedimenti per i quali la presente dichiarazione viene resa.
3. di accettare espressamente tutte le clausole previste dall’Avviso emesso in relazione alla presente manifestazione di interesse.

Luogo e data …………………………………….

 …………………………………………………

 *Firma per esteso*

Si allegano: curriculum vitae e fotocopia documento di identità in corso di validità.