Schema domanda di iscrizione

all’Albo Avvocati esterni ai fini del conferimento di incarichi legali di rappresentanza e difesa in giudizio dell’IPA-Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale

*(Approvato con Determinazione Sub C.S. n. 19 del 07/09/2022*)

Il/la Sottoscritto/a

nato/a il a Prov.

Codice Fiscale e residente in

 \_Prov. Via CAP con domicilio in Prov. Via tel

Email PEC

Manifesta il proprio interesse ad essere iscritto all’Albo Avvocati esterni dell’IPA – Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale, e a tal fine dichiara di avere competenza professionale certificata e/o documentata nel seguente settore di specializzazione:

* SEZIONE A – DIRITTO AMMINISTRATIVO
* SEZIONE B – DIRITTO CIVILE
* SEZIONE B1 – PROCEDURE ESECUTIVE E PROCEDURE DI COMPOSIZIONE DELLA CRISI DA SOVRAINDEBITAMENTO DI CUI ALLA L. N. 3/2012
* SEZIONE C – DIRITTO DEL LAVORO
* SEZIONE D – DIRITTO PENALE
* SEZIONE E – DIRITTO TRIBUTARIO

Sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del predetto D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazioni e uso di atti falsi,

# DICHIARA

* di essere in possesso della cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* il pieno godimento dei diritti civili e politici;
* di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ………………………………………; ovvero di non essere iscritto per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione forense;
* di essere iscritto all’Albo professionale istituito presso l’Ordine degli Avvocati di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non essere stato destinatario di provvedimenti disciplinari definitivi da parte del Consiglio dell’Ordine di appartenenza;
* di non aver subito provvedimenti giudiziali relativi ad inadempimenti contrattuali per incarichi assunti con la Pubblica Amministrazione;
* di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
* di possedere comprovata esperienza professionale nel settore di specializzazione per il quale si presenta la domanda, come dichiarato nell’allegato *curriculum vitae et studiorum*;
* di non patrocinare in qualsiasi giudizio in corso, o nel biennio precedente, contro l’IPA;
* di essere in possesso della Partita Iva n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso della polizza assicurativa per la copertura della propria responsabilità professionale, n. Polizza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Compagnia Assicurativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* l’insussistenza delle condizioni di inconferibilità dell’incarico nei casi previsti dall’art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;

***I suddetti requisiti di competenza e professionalità devono essere dichiarati e documentati mediante curriculum professionale che deve essere allegato alla presente domanda, unitamente alla copia del documento di riconoscimento in corso di validità del professionista che sottoscrive la domanda.***

* di essere consapevole che la presente iscrizione non dà luogo a procedure selettive e non comporta formazione di graduatorie di alcun genere;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni circa l’insorgenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità;
* di essere a conoscenza che l’IPA si riserva, se le suddette variazioni lo comportano, di revocarlo dagli incarichi eventualmente affidati;
* di essere a conoscenza che, in base al “Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in vigore dal 25 maggio 2018”, i dati personali comunicati con la presente domanda di iscrizione saranno trattati dall’IPA per lo svolgimento della presente procedura e per il conferimento di eventuali incarichi professionali;
* di essere consapevole che l’IPA potrà procedere ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e che, fermo restando quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante ai sensi dell’art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, decadrà dall’incarico eventualmente conferito.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente all’IPA eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo data

 (Firma leggibile o digitale)

Si allega alla presente:

# INFORMATIVA PRIVACY

Il Professionista ha facoltà di esercitare, relativamente all’esistenza e al trattamento dei propri dati personali, i diritti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016.

Il Titolare del Trattamento dei Dati è l’IPA-Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale, con sede legale in Roma, Via Francesco Negri, 11, cap. 00154.

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in virtù di quanto disposto dal D. Lgs 196/03, dal Dlgs. n. 101/2018 e ss.mm.ii, e dal Regolamento UE 679/2016.

Luogo data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma leggibile o digitale)