

Allegato 1)

FAC – SIMILE ISTANZA DI PROCEDURA COMPARATIVA
(su carta intestata)

Spett.le
Asp Paolo Ricci
Via Einaudi, 144
62012 – Civitanova Marche (MC)

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
C.F. _____ Partita IVA _____

in qualità di

- libero professionista singolo
- legale rappresentate di studio professionale/società di professionisti

n. telefono _____ n. fax _____ PEC _____
e-mail _____

(se legale rappresentate di studio professionale/società di professionisti)

dichiara di rappresentare lo studio professionale/società di professionisti

denominato/a _____ con forma giuridica
_____ con sede in _____

nominativo del professionista che si interfacerà con l'Ente

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico professionale di consulenzaalla Asp Paolo Ricci.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di falsità di atti e di dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo DPR, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea e nel pieno godimento dei diritti civili e politici;
- di non trovarsi in condizioni ostative rispetto all'assunzione degli incarichi professionali ai sensi della normativa vigente e, in particolare, non essere inibiti, per legge o per provvedimento disciplinare, all'esercizio della libera professione;
- di essere in possesso della Laurea Magistrale/Laurea vecchio ordinamento in _____ conseguito presso l'Università di..... in data con votazione

- di essere iscritto/a all'albo dei _____ di _____ con numero di iscrizione _____;
- di essere in possesso di esperienza pregressa non inferiore a 5 anni nell'ambito della consulenza e patrocinio legale ad Asp, ex IPAB ed altri enti pubblici che si occupano di servizi alla persona come da curriculum vitae allegato;
- di essere titolare di partita IVA n.;
- di essere in possesso di polizza assicurativa per responsabilità civile professionale n. rilasciata dalla compagnia
- idoneità professionale ai sensi dell'art. 83 comma 1 lett. A) del D.lgs. 50/2016;
- non trovarsi in alcuna condizione che comporti il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, ivi comprese tutte le ipotesi di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016, né in conflitto di interessi con Asp Paolo Ricci;
- essere in regola con gli adempimenti fiscali, previdenziali e assistenziali;
- non trovarsi in nessuna delle situazioni di inconfiribilità e/o incompatibilità previste dal D.lgs. 39/2013;
- di non avere alcun contenzioso in essere con Asp Paolo Ricci o Paolo Ricci Servizi srl;
- di essere in possesso dei titoli professionali indicati nel curriculum vitae allegato;
- di accettare tutte le condizioni inserite nel presente avviso;
- di essere a conoscenza che la presente richiesta non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo Asp Paolo Ricci che sarà libera di seguire anche altre procedure e che l'Ente si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che il soggetto richiedente possa vantare alcuna pretesa;
- di eleggere il seguente indirizzo PEC..... quale indirizzo ufficiale cui fare riferimento per qualsiasi formale comunicazione che si renda necessaria con riguardo all'avviso in argomento.

ALLEGA:

- curriculum vitae in formato europeo del professionista/studio professionale.
- fotocopia documento di identità in corso di validità

Il/La sottoscritto/a, autorizzo/a il trattamento dei miei dati personali indicati nella presente domanda di ammissione e nel cv ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

(Luogo) _____ , (data) _____

Firma del dichiarante
