SCHEMA DI DOMANDA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI

PER ILCONFERIMENTO DI INCARICHI LEGALI e CONSULENZE

**Al Presidente**

**dell’Ordine degli Architetti, Pianificatori,**

**Paesaggisti e Conservatori**

**della provincia di Potenza**

Viale G. Marconi n° 82

85100 **Potenza**

Email: [architetti@potenza.awn.it](mailto:architetti@potenza.awn.it)

**MODELLO A**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) …………………………………………………… Nato/a a …………………………………… il …………………….. Residente in ……………..……………… Via ………………………………… n …….. C.F. …...………………………

MANIFESTA L’INTERESSE AD

essere iscritto/a all’elenco degli avvocati, che sarà formato da O.A.P.P.C.P., per il conferimento di incarichi di consulenza e 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

* di essere iscritto all’Ordine degli Avvocati presso il Tribunale di ……………………..;
* di essere iscritto all’albo dei Cassazionisti da almeno 5;
* di non essere interessato da cause ostative, secondo la vigente normativa, a contrattare con la pubblica amministrazione;
* 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;
* di non aver commesso un errore grave nell’esercizio della propria attività professionale, comunque accertato;
* 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;
* di non avere contenziosi o incarichi legali in essere contro O.A.P.P.C.P., 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;
* di essere in possesso di polizza assicurativa per responsabilità professionale;
* di volersi iscrivere nei seguenti ambiti di specializzazione, per i quali possiede specifica preparazione;

□ CIVILE

□ PENALE

□ AMMINISTRATIVO;

□ LAVORO;

□ TRIBUTARIO;

□ Avere Esperienza professionale nell’ ambito della deontologia □ si □ no

* 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 ………………… CAP …………… Comune ……………………………………. Telefono/Fax ………………….……………. Mail ………………………………….…………. PEC ……….…………………….…………….

* di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione;
* di autorizzare O.A.P.P.C.P., 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.
* In allegato documento di riconoscimento in corso di validità.

Data ………………………

Timbro e Firma

………………………………….