





barrare una sola opzione	<input type="checkbox"/> di NON AVERE riportato condanne penali <input type="checkbox"/> di AVERE riportato le seguenti condanne penali: _____ (indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale) _____

Di essere in possesso dei seguenti requisiti:

laurea in \_\_\_\_\_ DI DURATA \_\_\_\_\_;

iscrizione all'Albo degli Avvocati con abilitazione al patrocinio dinanzi le magistrature superiori dall'anno \_\_\_\_\_;

Dichiarazione di:

- assenza di procedimenti penali pendenti o di condanne penali per reati dolosi o colposi, questi ultimi che abbiano comportato una condanna alla pena detentiva superiore ai due anni;
- non versare in condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di contrarre con la pubblica Amministrazione;
- aver assunto incarichi conferiti da enti sanitari pubblici o privati, o da personale sanitario di detti enti, in almeno 20 contenziosi civili o penali a far luogo dal 01/01/2015 aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria;
- assenza di conflitto di interessi con la Società e/o con i Soci della stessa (Comune di Imola e AUSL di Imola);
- non rappresentare o non aver rappresentato controparti della Società e dei suoi Soci (Comune di Imola e AUSL di Imola) in procedimenti penali e civili esauriti in epoca successiva al 31/12/2014;
- assenza di sanzioni disciplinari superiori all'avvertimento;
- assenza di procedimenti che comportino l'applicazione di misure di prevenzione o di sicurezza, nonché di decisioni in materia civile o amministrativa iscrivibili nel casellario giudiziale;
- possesso, con impegno a mantenerla per tutta la durata della iscrizione nell'elenco, di polizza per la R.C. professionale nei termini e alle condizioni di cui all'art. 12 della Legge 247/12 e relative norme attuative.

Il/la sottoscritto/a presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato ad attestazione di comprovata esperienza professionale nelle materie per le quali si chiede l'iscrizione all'elenco.

Si allega documento di identità in copia ed in corso di validità .

Firma

data,

\_\_\_\_\_  
(Firma in originale)

La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura