

**Domanda di inserimento nelle liste
triennali di Avvocati domiciliatari e/o sostituti di udienza
per contenzioso INPS**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Iscritto:

- al Consiglio dell'Ordine degli Avvocati presso il Tribunale di _____
- all'Albo professionale dal _____ (data di prima iscrizione)

Residente in _____, n. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

con Studio in _____, n. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Telefoni:

Principale _____ Cell. _____ Fax _____

e_mail _____ sito web _____

Presenta domanda per svolgere incarichi fiduciari di domiciliazione e/o sostituzione di udienza presso gli Uffici giudiziari di circondario del Tribunale di _____ della regione _____ ai fini dell'inserimento nella Lista Circondariale del suddetto Tribunale composta da n. ____ avvocati.

Presenta il seguente curriculum:

CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome e Nome

Indirizzo

Telefono

Fax

E-mail

Nazionalità

Data di nascita

ESPERIENZA PROFESSIONALE

(numero cause)

Diritto Civile

Diritto Commerciale

Diritto del Lavoro

Diritto della Previdenza e
assistenza sociale

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Laurea conseguita e
ulteriori titoli

Votazione

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

(Acquisite nel corso della
vita e della carriera ma
non necessariamente
riconosciute da certificati e
diplomi ufficiali)

Madrelingua

Altre lingue

Capacità di lettura

Capacità di scrittura

Capacità di espressione
orale

COMPETENZE TECNICHE

(Ulteriori informazioni che
si intende fornire)

Dichiara sotto la propria responsabilità (*):

		<input checked="" type="checkbox"/>
1a)	di non avere subito condanne penali che abbiano comportato quale sanzione accessoria l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione	<input type="checkbox"/>
1b)	di avere subito le seguenti condanne penali	<input type="checkbox"/>
2a)	di non avere giudizi in corso nei confronti dell'Istituto, né in proprio né in qualità di difensore di terzi	<input type="checkbox"/>
2b)	di avere i seguenti giudizi in corso nei confronti dell'Istituto, in proprio/in qualità di difensore di terzi	<input type="checkbox"/>
3)	di non aver subito provvedimenti di sospensione o altri provvedimenti disciplinari da parte del Consiglio dell'ordine degli Avvocati	<input type="checkbox"/>
4)	di assumere l'impegno a produrre in caso di iscrizione nella lista idonea polizza assicurativa per la copertura dei rischi derivanti dall'esercizio della attività professionale	<input type="checkbox"/>
5)	di assumere l'impegno a non esercitare attività di concorrenza nei confronti dell'Istituto per tutta la durata di validità della lista e nei due anni successivi alla cessazione della eventuale collaborazione con l'INPS	<input type="checkbox"/>
6)	di essere consapevole del fatto che l'eventuale inserimento nella Lista degli avvocati domiciliatari e/o sostituti di udienza non fa sorgere in capo al richiedente alcun diritto all'affidamento degli incarichi di cui trattasi, né costituisce in alcun modo per l'INPS o per gli avvocati della Avvocatura INPS, alcun obbligo di affidare in concreto gli affari legali	<input type="checkbox"/>
7)	di essere consapevole del carattere fiduciario dell'eventuale incarico e di accettare che l'eventuale inserimento del proprio nominativo nella Lista dei domiciliatari e/o sostituti di udienza possa essere discrezionalmente eliminato, annullato e/o revocato dall'INPS in qualsiasi momento e senza preavviso	<input type="checkbox"/>
8)	di essere consapevole e di accettare che l'inserimento nella Lista di cui trattasi verrà a cessare, in ogni caso, improrogabilmente il 31 dicembre 2013, al termine del triennio di sperimentazione, ovvero anticipatamente in qualsiasi momento a seguito di espressa rinuncia del dichiarante.	<input type="checkbox"/>
9)	di essere consapevole, di riconoscere ed accettare che l'eventuale inserimento nelle Liste Circondariali non dà luogo a giudizi di idoneità e non costituisce in nessun caso graduatoria di merito	<input type="checkbox"/>
10)	di essere in possesso della competenza linguistica per trattare le questioni proprie dell'ente anche nella lingua tedesca <u>DA INSERIRE SOLO PER LA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO</u>	<input type="checkbox"/>

(*) Attenzione: i campi 1° e 1b, e i campi 2° e 2b sono alternativi, tutti gli altri devono essere selezionati obbligatoriamente.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, che quanto dichiarato nella presente domanda corrisponde a verità, consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni mendaci, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi del D.L.vo 30.6.2003, n.196, i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea e/o informatica, per le sole finalità di espletamento della presente procedura e a tal fine autorizza espressamente l'INPS al trattamento dei dati personali.