

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

Il sottoscritto (*)

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
	___ / ___ / ____ <i>(data di prima iscrizione)</i>

Residente in (*)

Indirizzo		N°
Cap	Città	Prov

Con studio in (*)

Indirizzo		N°
Cap	Città	Prov

Recapiti

Telefono Principale (*)	PEC (comunicata al Consiglio dell'Ordine presso cui è iscritto) (*)
Altri Telefoni	e_mail

(*) Campo Obbligatorio

Titolo di Studio (*)

Laurea Magistrale/Specialistica in Giurisprudenza (2° Livello/Ciclo Unico)			
<input type="checkbox"/>	Votazione	Lode	Data
	___ / ___	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / ___
Presso l'Università degli Studi di			

altrimenti:

Laurea Triennale/Primo livello in Scienze Giuridiche (1° Livello/1°Ciclo)			
<input type="checkbox"/>	Votazione	Lode	Data
	___ / ___	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / ___
Presso l'Università degli Studi di			

Laurea Magistrale/Specialistica in Giurisprudenza (2° Livello/2°Ciclo)			
<input type="checkbox"/>	Votazione	Lode	Data
	___ / ___	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / ___
Presso l'Università degli Studi di			

e con superamento dei seguenti **esami** con la votazione a lato di ciascuno specificata (indicare anche l'eventuale lode):

N	Esame (*)	Voto Unico	1° Voto	2° Voto
1	Diritto Civile esame analogo:	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>
2	Diritto Processuale Civile esame analogo:	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>
3	Diritto del Lavoro esame analogo;	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>
4	Diritto Commerciale esame analogo:	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>	___ / ___ con Lode <input type="checkbox"/>

Curriculum Vitae (*)

<input type="checkbox"/> Alla presente domanda è stato allegato il curriculum vitae

(*) Campo Obbligatorio

Scelta Lista (*)

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

(*) Campo Obbligatorio

Dichiara sotto la propria Responsabilità (**)

Il sottoscritto _____ nato a _____

Cod. Fisc. _____ 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 contro l'Istituto, né in proprio né in qualità di difensore di terzi;	<input type="checkbox"/>																				
2b)	di avere i seguenti giudizi in corso contro l'Istituto, in proprio o in qualità di difensore di terzi:	<input type="checkbox"/>																				
3)	di non trovarsi in situazione di reale conflitto di interessi personale con l'Istituto, avuto riguardo anche all'associazione professionale, società di professionisti e/o studio legale di cui eventualmente faccia parte;	<input type="checkbox"/>																				
4a)	di non svolgere o aver svolto incarichi e di non essere o essere stato titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A.;	<input type="checkbox"/>																				
4b)	di svolgere o aver svolto i seguenti incarichi e/o di essere o essere stato titolare delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A., per i quali ha percepito i seguenti compensi [specificare incarichi, cariche, enti ed eventuali compensi percepiti]:	<input type="checkbox"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Incarico</i></th> <th><i>Carica Ricoperta</i></th> <th><i>Compenso</i></th> <th><i>Ente</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	<i>Incarico</i>	<i>Carica Ricoperta</i>	<i>Compenso</i>	<i>Ente</i>																	
<i>Incarico</i>	<i>Carica Ricoperta</i>	<i>Compenso</i>	<i>Ente</i>																			
5)	di non aver subito provvedimenti di sospensione o altri provvedimenti disciplinari da parte del Consiglio dell'ordine degli Avvocati;	<input type="checkbox"/>																				

6)	di essere in possesso delle competenze in materia di diritto civile, commerciale, del lavoro e processuale civile;	<input type="checkbox"/>
7)	di assumere l'impegno a produrre, in caso di iscrizione nella lista, idonea polizza assicurativa per la copertura dei rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale con validità residua non inferiore a tre anni;	<input type="checkbox"/>
8)	di obbligarsi a tenere una condotta rispettosa dei doveri di dignità, probità e decoro, a comportarsi con la massima riservatezza e ad osservare scrupolosamente l'obbligo del segreto professionale e d'ufficio;	<input type="checkbox"/>
9)	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"/>
10)	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 per l'INPS o per gli avvocati della Avvocatura INPS alcun obbligo di affidare in concreto gli affari legali;	<input type="checkbox"/>
11)	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"/>
12)	di essere consapevole e di accettare che l'inserimento nella Lista di cui trattasi verrà a cessare il 31/12/2023 , ovvero anticipatamente in qualsiasi momento a seguito di espressa rinuncia del dichiarante;	<input type="checkbox"/>
13)	di essere consapevole, di riconoscere e di accettare che l'eventuale inserimento nelle Liste Circondariali non costituisce giudizio di idoneità e non dà luogo a graduatorie di merito;	<input type="checkbox"/>
14)	di impegnarsi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni della residenza e/o dello studio sopra indicati;	<input type="checkbox"/>
15)	di accettare che l'Istituto proceda ad idonei controlli per accertare la veridicità di quanto esposto e dichiarato nella domanda;	<input type="checkbox"/>
16)	di essere in possesso della competenza linguistica per trattare le questioni proprie dell'Ente anche nella lingua tedesca. DA INSERIRE SOLO PER LA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	<input type="checkbox"/>

() Attenzione: i campi 1a e 1b, 2a e 2b, 4a e 4b 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 della facoltà di esclusione della selezione in capo all'Istituto in caso di dichiarazioni mendaci, ferme le sanzioni penali previste 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, e ss.mm.ii. 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.

Luogo e data: _____

Firma _____