**ALLEGATO 1**

**AL DIRETTORE GENERALE**

**ASL FG**

**Via M. Protano, n. 13**

**FOGGIA**

**OGGETTO: istanza di patrocinio legale.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome e nome) codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dipendente di questa Azienda sanitaria locale in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare la qualifica), in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare Area, U.O., Servizio, Reparto, Ufficio, Dipartimento, etc.), residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comunica di aver ricevuto comunicazione/notifica in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del seguente atto, allegato in copia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

* Atto di citazione per risarcimento danni;
* Atto connesso a procedimento penale;
* Avviso di garanzia;
* Invito a comparire come persona sottoposta a indagine;
* Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

l’assistenza legale ai sensi e per gli effetti dell’art. 67 CCNL Area Sanità – triennio 2016 – 2018 e/o art. 26 CCNL Area contrattuale di Comparto del 07.04.1999 e s.m.i.

A tal fine dichiara:

* Di voler usufruire ai fini della difesa in giudizio, nell’ambito della assistenza legale diretta, di un legale individuato tra gli iscritti alla *short list* approvata con deliberazione n. 400/2020, con adempimenti a proprio carico ai fini della costituzione in giudizio e della nomina di un consulente tecnico di parte;

oppure

* Di voler usufruire ai fini della difesa in giudizio di un legale di propria fiducia, individuato nella persona dell’avv. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Foro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai fini della manifestazione di gradimento da parte della Asl Fg.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, così come richiamato dall’art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000

**DICHIARA**

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 1910 cod. civ.,

di essere/non essere (cancellare la voce che non ricorre) beneficiario/a di polizze assicurative che autorizzano a chiedere rimborso di oneri difensivi e indica a tal riguardo di aver stipulato polizza, con la Compagnia di assicurazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, allegando copia del contratto.

**AUTORIZZA**

La Asl Fg a trattare i dati indicati nella presente comunicazione , ai sensi dell’art. 13 Regolamento U.E. 2016/679 sulla protezione dei dati personali, con le finalità connesse all’espletamento del relativo procedimento.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allega copia di valido documento di riconoscimento.