

## 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:

- o 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. 31/C.S./2023, con adempimenti a proprio carico ai fini della costituzione in giudizio e della nomina di un consulente tecnico di parte;  
oppure
- o 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.