Alla cortese attenzione  
della Fondazione Infermieri

**Oggetto:** Domanda di iscrizione all’elenco degli avvocati – Avviso pubblico Fondazione Infermieri

Io sottoscritto/a **[Nome e Cognome]**, nato/a a **[Luogo di nascita]** il **[Data]**, residente in **[Indirizzo completo]**, C.F. **[Codice Fiscale]**, P. IVA **[eventuale]**, PEC **[indirizzo PEC]**,

**CHIEDO**  
di essere iscritto/a all’elenco degli avvocati di cui all’**avviso pubblico per il conferimento di incarichi di patrocinio legale e consulenza legale** nell’interesse della Fondazione Infermieri.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARO**:

1. di essere cittadino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare Stato UE);
2. di essere iscritto/a all’Albo degli Avvocati del Foro di **[sede]** dal **[data]**, con n. di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di possedere un’esperienza professionale pluriennale, anche maturata in ambito di consulenza legale per enti del settore non profit;
4. di non aver subito provvedimenti disciplinari, sanzioni o sospensioni nell’esercizio dell’attività forense;
5. di non avere rapporti di parentela o affinità entro il terzo grado con dipendenti o componenti degli organi di gestione, indirizzo e controllo della Fondazione;
6. di non essere in condizioni di conflitto di interessi o cause di incompatibilità con l’esercizio del patrocinio legale per la Fondazione;
7. di essere in possesso di una polizza assicurativa per responsabilità professionale con massimale pari o superiore a € 1.000.000,00 (n. polizza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, compagnia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
8. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

**Allego alla presente domanda**:

* Curriculum vitae aggiornato e firmato digitalmente, con indicazione della data di iscrizione all’Albo e delle principali esperienze professionali;
* Eventuale copia di un documento di identità.

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Firma digitale:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_