

MODULO DI RICHIESTA PATROCINIO LEGALE

**All'Azienda Ospedaliero universitaria Sant'Andrea
UOD Affari Generali e Consulenza Giuridica**

protocollo.generale@ospedalesantandrea.it

Il/La sottoscritto/a
nato a..... il.....
codice fiscale.....
residente invia
tel. E-mail.....
Pec..... dipendente di questa Azienda in qualità di
..... in servizio presso.....
.....

INFORMA

I. di aver ricevuto comunicazione/notifica in data_____del seguente atto allegato in copia⁽¹⁾:

☐ Atto di citazione per risarcimento danni

☐ Atto connesso a procedimento penale:

☐ Avviso di garanzia

☐ Invito a comparire come persona sottoposta a indagine

☐ Altro (specificare).....
.....
.....

2. di essere stato/a vittima di episodio di aggressione a opera di terzi verificatosi in data_____ (vedasi documentazione allegata)

CHIEDE

di poter usufruire del patrocinio legale da parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea:

- al suddetto procedimento avviato nei suoi confronti per fatti/atti connessi all'espletamento del servizio;
- al suddetto episodio di aggressione,

ai sensi e per gli effetti del CCNL di riferimento:

- art. 56 CCNL dell'Area Sanità, triennio 2019-2021 (applicabile ai dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie);

(1) Barrare la casella e la tipologia di atto di interesse

- art. 24 CCNL dell'Area Funzioni Locali, triennio 2019-2021 (applicabile ai dirigenti amministrativi, tecnici e professionali);
- art. 54 "Patrocinio Legale" CCNL Comparto Sanità, triennio 2022-2024.
- art. 55 "Patrocinio legale in caso di aggressioni" CCNL Comparto Sanità, triennio 2022-2024.

A tal fine dichiara di ⁽²⁾:

- ☐ voler usufruire ai fini della difesa in giudizio, nell'ambito dell'elenco dei professionisti individuati dall'Azienda, del patrocinio di un legale individuato dall'Azienda nella persona dell'Avvocato.....
.....
- ☐ voler usufruire ai fini della difesa in giudizio di un Legale di propria fiducia, individuandolo nella persona dell'Avv.....
con studio in

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- ☐ Dichiaro che il fatto per il quale è stato avviato il procedimento NON è in conflitto di interessi con l'Azienda ospedaliero universitaria Sant'Andrea e che è inerente alle mansioni svolte al suo interno.
- ☐ aver contratto e/o di essere beneficiaria/o di polizze assicurative, di cui si allega copia, con la seguente/i Compagnia/e Assicuratrice/i _____ che prevedono in favore del/la dichiarante diritto a chiedere il rimborso di oneri difensivi;
- ☐ di impegnarsi a liquidare direttamente al legale incaricato dall'Azienda gli oneri sostenuti per la propria difesa nel caso in cui il giudizio avesse esito negativo con declaratoria di dolo e/o colpa grave o con sentenza definitiva di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p. In caso di mancato pagamento il/la sottoscritto/a autorizza fin d'ora l'Azienda ospedaliero universitaria Sant'Andrea, con la sottoscrizione della presente istanza, a ripetere le somme anticipate attraverso lo strumento della trattenuta del quinto dello stipendio.

Roma, li _____

FIRMA

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....

Rilasciato il da

Allegati:

- copia documentazione;
- copia polizza assicurativa.

(2) Barrare la casella e la tipologia di atto di interesse