

(Allegato C)

MODULO DI RICHIESTA CONSULENTE TECNICO

All'Azienda Ospedaliero universitaria Sant'Andrea

**Alla UOD Affari Generali e Consulenza Giuridica
protocollo.generale@ospedalesantandrea.it**

Il/La sottoscritto/a
nato a..... il.....
codice fiscale.....
residente in via
tel/fax E-mail.....
Pec dipendente di questa Azienda in
qualità di in servizio
presso.....
comunica di aver ricevuto comunicazione/notifica in data del seguente atto
allegato in copia:
.....
.....

☐ 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.

Il/La sottoscritto/a chiede di essere assistito nel procedimento giudiziario di cui trattasi da un consulente tecnico

secondo quanto disposto dal Regolamento Aziendale relativo alla concessione del patrocinio legale, nonché da:
art. 56 CCNL dell'Area Sanità, triennio 2019-2021 (applicabile ai dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie);
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, del quale
consulente tecnico (CTP), medico legale, messo a disposizione dall'Azienda;

- ☐ voler usufruire ai fini della difesa in giudizio, del consulente tecnico (CTP), medico legale, di propria fiducia, individuandolo nella persona del dott.

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 e s.m.i., anche per gli effetti di cui all'art. 1910 c.c.

DICHIARA

- ☐ non aver contratto né di essere beneficiaria/o di polizze assicurative;
- ☐ aver contratto e/o di essere beneficiaria/o di polizze assicurative, di cui si allega copia, con la seguente/i Compagnia/e Assicuratrice/i _____

Luogo/data.....

Firma

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

Rilasciato il da

Allegati:

- copia documentazione;
- copia polizza assicurativa.