



**RICHIESTA PATROCINIO LEGALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, in relazione a:

- richiesta di risarcimento danni \_\_\_\_\_  
 procedimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 altro (precisare) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attivazione della patrocínio legale e decide di avvalersi di un legale di fiducia individuato nella persona di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

- iscritto nell'Elenco per il Patrocínio Legale dell'ASP  
 non iscritto nell'Elenco per il Patrocínio Legale dell'ASP

**DICHIARA**

che l'evento al quale si riferisce il procedimento oggetto della richiesta di tutela legale è accaduto in data \_\_\_\_\_ e riguarda: (se del caso allegare relazione)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di aver preso visione del vigente "Regolamento per l'istituzione e la gestione degli elenchi degli avvocati esterni ed il conferimento degli incarichi di patrocínio legale e di rappresentanza in giudizio".

che l'Asp, in assenza di conflitto di interessi, potrà procedere all'anticipazione o al rimborso degli oneri di difesa esclusivamente per l'attività difensiva svolta successivamente alla presentazione della richiesta di patrocínio legale

NOTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile e per esteso \_\_\_\_\_

Allega i seguenti documenti:

Copia documento d'identità del dichiarante (da allegare in ogni caso)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_