

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto avvocato _____
nato il _____ a _____
Cod. Fisc. _____, iscritto all'albo degli
avvocati tenuto dal Consiglio dell'Ordine presso il Tribunale di

residente in _____ n. _____ Cap _____
Città _____ Prov. _____,

con studio professionale in _____,
n. _____ Cap _____ Città _____
Prov. _____

Partita IVA _____,

recapiti telefonici:

Principale _____ Cell. _____

PEC _____ e_mail _____

con riferimento alla domanda di inserimento nella lista degli
avvocati domiciliatari e sostituti di udienza dell'INPS presso il
Tribunale di, consapevole della responsabilità
prevista per le dichiarazioni mendaci e non veritiere

dichiara

- ✓ di confermare le dichiarazioni contenute nel curriculum allegato alla suddetta domanda di inserimento nella lista degli avvocati domiciliatari e sostituti di udienza dell'INPS e di confermare in particolare quanto dichiarato in relazione al voto di laurea, ai voti degli esami ed alla data di iscrizione all'albo degli avvocati;
- ✓ che permangono i requisiti di iscrizione all'Albo degli avvocati tenuto dal Consiglio dell'Ordine sopra menzionato;
- ✓ di non avere giudizi in corso contro l'Istituto, né in proprio né in qualità di difensore di terzi;
- ✓ di non trovarsi in una situazione di reale conflitto di interessi personale con l'Istituto, avuto riguardo anche all'associazione professionale, società di professionisti e/o studio legale di cui eventualmente faccia parte;
- ✓ di impegnarsi a non svolgere alcuna attività in concorrenza con l'Istituto per tutta la durata di validità della lista e nei

due anni successivi alla cessazione del rapporto di collaborazione con l'I.N.P.S.;

- ✓ di essere consapevole del fatto che l'inserimento nella Lista degli avvocati domiciliatari e/o sostituti di udienza non fa sorgere alcun diritto all'affidamento degli incarichi di cui trattasi, né costituisce per l'INPS o per gli avvocati della Avvocatura INPS alcun obbligo di affidare in concreto gli affari legali;
- ✓ di essere consapevole del carattere fiduciario dell'incarico e di accettare che l'inserimento del proprio nominativo nella Lista dei domiciliatari e/o sostituti di udienza possa essere discrezionalmente eliminato, annullato e/o revocato dall'INPS in qualsiasi momento e senza preavviso;
- ✓ di accettare che l'Istituto proceda ad idonei controlli per accertare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese.

Allega alla presente:

- fotocopia della tessera di iscrizione all'Albo degli Avvocati;
- fotocopia della polizza assicurativa per la copertura della propria responsabilità professionale per tutta la durata degli affari da trattare.

Data

Firma