

ALLEGATO 3

Luogo e data

**Al
Direttore Generale Azienda Socio
Sanitaria Territoriale di Mantova
Strada Lago Paolo, 10
46100 Mantova**

RICHIESTA DI CONSULENTE TECNICO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____
residente in _____ via _____
tel. N. _____ E-mail _____
rapporto con l' Azienda _____
In servizio presso _____

COMUNICA

di aver ricevuto comunicazione/notifica in data _____ dell'atto allegato in copia e

DICHIARA

- di aver preso visione del predetto atto;
- che il fatto per il quale è stato avviato il procedimento non è in conflitto con gli interessi dell'Azienda ed è inerente a mansioni svolte al suo interno;
- di aver preso atto e di accettare quanto previsto dal "Regolamento per la disciplina del patrocinio legale dei dipendenti dell'ASST di Mantova nei casi previsti dalla contrattazione collettiva";
- di aver preso visione dei nominativi dei legali fiduciari dell'Azienda;
- di essere a conoscenza dei contenuti:
dell'art. 67 del CCNL dell'Area Sanità del 20.12.2019;
dell'art. 82 del CCNL del Personale dell'Area delle Funzioni Locali del 17.12.2020 (per la dirigenza);
dell'art. 26 del CCNL del Personale del Comparto Sanità del 20.09.2001 e s.m.i.;

CHIEDE, ai fini della vertenza di cui all'atto allegato

l'assistenza di un consulente tecnico ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla normativa e dal Regolamento citati

A TAL FINE DICHIARA

di voler usufruire, ai fini della difesa in giudizio*:

- del Consulente medico legale e/o medico specialista tra quelli individuati dall'Azienda _____;
- del Consulente medico legale e/o medico specialista designato/i dalla Compagnia di Assicurazione con la quale l'Azienda ha stipulato polizza RCT/O;
- di un medico legale e/o medico specialista di propria fiducia individuandolo/i nella/e persona/e di _____;
- del Consulente tecnico tra quelli individuati dall'Azienda _____;
- del Consulente tecnico designato dalla Compagnia di Assicurazione con la quale l'Azienda ha stipulato polizza RCT/O;
- del Consulente tecnico di propria fiducia individuandolo nella persona di _____.

La/il sottoscritta/o, consapevole, altresì, delle sanzioni penali, di cui all'art. 76, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nel caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ovvero di formazione od uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47, D.P.R. citato,

DICHIARA inoltre*

- di essere assicurata/o, in ordine al rimborso degli oneri sostenuti per la Consulenza tecnica, con la Compagnia _____, avente sede in _____, di cui si allega copia, alla quale è stata / non è stata inoltrata denuncia, in merito ai fatti;
- di non essere assicurata/o, in ordine al rimborso degli oneri sostenuti per la Consulenza tecnica, con alcuna Compagnia Assicurativa.

**Barrare le caselle di interesse.*

(Luogo e data) _____

Firma _____

Allegati:

- Copia atto notificato
- Copia Assicurazione personale (se posseduta)
- Copia (fronte -retro) di un documento di riconoscimento:

Tipo _____ rilasciato il _____

Da _____