

ADESIONE RICORSO RISARCIMENTO MEDICI PER ATTIVITÀ INTRAMURARIA

Con la presente, il sottoscritto/a _____, nato/a
_____ il _____

Codice Fiscale: _____ residente a _____

Prov. _____ in via _____

CONFERISCE

agli Avv.ti Francesco Leone, Simona Fell e Chiara Campanelli, l'incarico di assistenza, rappresentanza, consulenza e difesa dinanzi al Giudice competente per il rimborso della trattenuta IRAP operata dall'ente ospedaliero per l'attività intramuraria, inviando, a tale scopo, presso lo Studio dei predetti Avvocati, sito in Palermo via della Libertà, 62 i seguenti documenti:

- 1)** Richiesta di adesione ed incarico professionale agli Avv.ti Francesco Leone, Simona Fell e Chiara Campanelli sottoscritto personalmente;
- 2)** Procura in favore degli Avv.ti Francesco Leone, Simona Fell e Chiara Campanelli stampata (non modificandone il formato) in foglio A/4 bianco e sottoscritta personalmente;
- 3)** Fotocopia di un documento di identità;
- 4)** Fotocopia del codice fiscale;
- 5)** Regolamento ALPI dell'azienda sanitaria;
- 6)** Busta paga dell'ultimo quinquennio e/0 attestazioni fiscali dalle quali si possa quantificare l'esatto ammontare delle trattenute IRAP;

PATTUISCE

con i predetti professionisti, che accettano, il compenso per le prestazioni professionali come segue:

- **COLLETTIVO:** euro **650,00** compresi accessori di legge (CPA al 4% ed IVA al 22%), da corrispondersi al momento del conferimento del presente incarico, in caso di ricorso collettivo (tale onorario rimarrà tale al

raggiungimento di almeno 10 adesioni).

- **INDIVIDUALE:** euro **2.000,00** oltre IVA e CPA, da corrispondersi al momento del conferimento del presente incarico. Tale importo non è comprensivo delle spese per l'instaurazione del giudizio comprendenti: contributo, marche da bollo, notifiche ordinarie.

In caso di vittoria del ricorso si dovrà corrispondere una percentuale del 15% della somma ottenuta a titolo di rimborso.

Le somme sopra indicate vanno corrisposte mediante bonifico bancario in favore dello

STUDIO LEGALE LEONE-FELL & ASSOCIATI (UNICREDIT)

IBAN: IT97F0200804686000104374038

N.B: Nella causale del pagamento dovrà essere inserito Nome e Cognome del ricorrente, seguito dalla dicitura "Risarcimento IRAP".

Eventuali spese di giudizio, attualmente imprevedibili, saranno preventivamente documentate ai ricorrenti.

Luogo e Data

Firma:

SCHEDA SEGNALAZIONE E RICHIESTA INFORMAZIONI

-NOME _____

-COGNOME _____

-NATO/A A _____ IL _____

-RESIDENTE A _____ PROV. _____

-VIA _____

-CODICE FISCALE _____

-TELEFONO

FISSO _____ FAX _____

-TELEFONO

MOBILE _____

-E-MAIL

NOTE:

(eventuali): _____

Invio questo modulo perché intendo segnalare le sopracitate incongruenze.

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/03 e s.m., autorizzo espressamente l'utilizzo dei miei dati personali al solo ed unico fine superiormente specificato.

(Luogo) _____ , (Data) _____

(Nome e Cognome) _____

(Firma) _____

PROCURA

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il
_____, Codice Fiscale _____, residente a
_____ Prov. _____ in via _____

nomino e costituisco procuratori e difensori in ogni fase, stato e grado del procedimento dinnanzi al Giudice competente agli Avv.ti Francesco Leone, Simona Fell e Chiara Campanelli conferendo ogni facoltà e potere di legge, ivi compresa quella di transigere, conciliare, pretendere e ricevere l'adempimento di obbligazioni, anche pecuniarie, chiamare terzi in causa, anche garanti, modificare le originarie domande, proporre e sollevare domande ed eccezioni riconvenzionali, ricorsi incidentali, nominare, sostituire a sé avvocati e procuratori, nonché ogni altro potere e facoltà per la migliore esecuzione del mandato, ivi compresa l'esecuzione dei provvedimenti favorevolmente ottenuti anche in corso di lite, dichiarando sin d'ora rato e valido il loro operato.

Eleggo domicilio presso lo studio dei predetti procuratori sito in Palermo, via della Libertà n. 62.

Per le finalità funzionali all'esercizio dei diritti ed all'adempimento degli obblighi scaturenti dal presente mandato, esprimo consenso al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili ed autorizziamo il trattamento dei medesimi, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 da me conosciuto.

Data: _____

Firma
