

ALL.1

AVV.TI FRANCESCO LEONE – FRANCESCO STALLONE– SIMONA FELL – CLAUDIA CARADONNA
STUDIO LEGALE
VIA NUNZIO MORELLO N.23 – 90144 PALERMO
INFO SEGRETERIA: 091-7794561
MAIL: info@avvocatoleone.com

**ADESIONE RICORSO PER L'ACCESSO AL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E ODONTORIATRIA A.A.
2015/2016 (SOLO PER LAUREATI IN MEDICINA O ODONTOIATRIA)**

Con la presente, il sottoscritto/a _____, nato/a
_____ il _____
Codice Fiscale: _____ residente a _____
Prov. _____ in via _____

CONFERISCE

agli Avv.ti Francesco Leone, Francesco Stallone, Simona Fell, Claudia Caradonna, l'incarico di assistenza, rappresentanza, consulenza e difesa dinanzi al Tar competente e per la eventuale proposizione di appello cautelare dinanzi al Consiglio di Stato o per l'eventuale – ed alternativo – ricorso straordinario al Presidente della Repubblica per l'ammissione al corso di laurea prescelto in "Medicina e Odontoiatria 2015/2016", inviando, a tale scopo, presso lo Studio dei predetti Avvocati, sito in Palermo via Nunzio Morello n.23, i seguenti documenti:

- 1) Richiesta di adesione ed incarico professionale agli Avv.ti Francesco Stallone, Francesco Leone, Simona Fell, Claudia Caradonna sottoscritto personalmente; (ALL.1)
- 2) Scheda personale e segnalazioni compilata e sottoscritta; (ALL.2)
- 3) Procura in favore degli Avv. ti Francesco Stallone, Francesco Leone, Simona Fell, Claudia Caradonna, stampata (non modificandone il formato) in foglio A/4 bianco e sottoscritta personalmente; (ALL.3)
- 4) Fotocopia di un documento di identità;
- 5) Fotocopia del codice fiscale;
- 6) Modulo esenzione pagamento Contributo Unificato (solo per il ricorso individuale e qualora ricorra il presupposto).

PATTUISCE

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

*Avv. Francesco Leone - Avv. Simona Fell - Avv. Claudia Caradonna - Avv. Maria Saia - Dott. Ciro Catalano
Dott. Floriana Barbata - Dott. Filippo Ficano - Dott. Giuseppe Saeli - Dott. Raimonda Riolo - Dott. Paolo Palizzolo*

- **Ricorso individuale:** Euro **1.500,00** da corrispondersi al momento del conferimento del presente incarico. Tale importo, relativo al procedimento indicato, *non è comprensivo* delle spese per l'instaurazione del giudizio comprendenti: contributo unificato, marche da bollo, notifiche ordinarie.

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

- Le informazioni al ricorrente inerenti al deposito del ricorso, la fissazione dell'udienza, e l'esito del procedimento saranno comunicate tempestivamente tramite l'indirizzo mail riportato nel seguente modulo.

Sarà onere del ricorrente comunicare allo Studio Legale gli eventuali cambi di indirizzi mail in cui ricevere le informazioni.

- Dopo l'inoltro dei moduli tramite posta raccomandata, potrà essere completata la procedura di adesione effettuando il versamento alle coordinate bancarie sotto indicate:

Di seguito troverà le coordinate bancarie di riferimento:

Avv. Francesco Leone

Fineco Bank s.p.a.

IBAN: IT 32 Z 03015 03200 000002785103

N.B: Nella causale del pagamento dovrà essere inserito *Nome e Cognome* del ricorrente, seguito dalla dicitura **"Ricorso Medicina per i laureati 2015"**

Dopo avere effettuato il versamento Le chiediamo di inviare la *ricevuta di pagamento* all'indirizzo **info@avvocatoleone.com**

Luogo e Data

Firma:



SCHEDA SEGNALAZIONE E RICHIESTA INFORMAZIONI

DATI PERSONALI E RIGUARDANTI IL CONCORSO

-NOME _____

-COGNOME _____

-NATO/A A _____ IL _____

-RESIDENTE A _____ PROV. _____

-VIA _____

-CODIC FISCALE _____

-TELEFONO FISSO _____ FAX _____

-TELEFONO MOBILE _____

-E-MAIL : _____

- **PRECEDENTE LAUREA IN MEDICINA O ODONTOIATRIA** (Specificare l'ateneo e la data di conseguimento della precedente laurea. Si prega di allegare un certificato/attestazione o dichiarazione sostitutiva di laurea):

ATENEIO IN CUI SI È SVOLTA LA

PROVA: _____

EDIFICIO IN CUI SI È SVOLTA LA PROVA:

AULA IN CUI SI È SVOLTA LA PROVA:

*Avv. Francesco Leone - Avv. Simona Fell - Avv. Claudia Caradonna - Avv. Maria Saia - Dott. Ciro Catalano
Dott. Floriana Barbata - Dott. Filippo Ficano - Dott. Giuseppe Saeli - Dott. Raimonda Riolo - Dott. Paolo Palizzolo*

DATI PERSONALI PER VISUALIZZARE LA PROVA:

NOME

UTENTE: _____

PASSWORD: _____

LA TUA PROVA È STATA ANNULLATA PER LA MANCATA SOTTOSCRIZIONE DELLA SCHEDA ANAGRAFICA?

(RISPONDERE SI O NO):

PUNTEGGIO CONSEGUITO:

IRREGOLARITÀ

RISCONTRATE: _____

Invio questo modulo perché intendo segnalare le su indicate incongruenze al fine di presentare un ricorso amministrativo avverso la procedura concorsuale di "Medicina in lingua inglese (IMAT) 2015/2016",

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 dinanzi al Tar competente e per la eventuale proposizione di appello cautelare dinanzi al Consiglio di Stato o per l'alternativo procedimento straordinario presso il Consiglio di Stato per l'ammissione al corso di laurea prescelto in Medicina e Odontoiatria a.a. 2015/2016, gli Avv.ti Francesco Stallone, Francesco Leone, Simona Fell e Claudia Caradonna 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.

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.

Firma

Data e Luogo

LA COMPILAZIONE DEI DATI SOTTOSTANTI AVVERRÀ A CURA DELLO STUDIO LEGALE

Per autentica:

(Si autentica la firma ai sensi della Sentenza della Corte di Cassazione n. 144 del 19 gennaio 1985)

IDENTIFICATO A MEZZO DOCUMENTO _____

N° _____ Rilasciato da _____

In data _____ Valido fino al _____

*Avv. Francesco Leone - Avv. Simona Fell - Avv. Claudia Caradonna - Avv. Maria Saia - Dott. Ciro Catalano
Dott. Floriana Barbata - Dott. Filippo Ficano - Dott. Giuseppe Saeli - Dott. Raimonda Riolo - Dott. Paolo Palizzolo*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CERTIFICAZIONE

- Solo per il ricorso individuale -

(art. 46 D.P.R. dicembre 2000 n. 445)

ESENZIONE DAL CONTRIBUTO UNIFICATO DI ISCRIZIONE A RUOLO AI SENSI DELL'ART. 9 COMMA 1° BIS D.P.R.
30/5/2002 N. 115

Io sottoscritto/a _____

nato/o a _____ il _____

residente in _____ (_____)

Via/Piazza _____ N. _____ Int. _____

- ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

DICHIARA

Che il proprio reddito, compreso quello dei familiari conviventi ex art. 76 D.P.R. 15/2002, non è superiore ad € **11.500,00** (importo modificato dall'art. unico, comma 1, Decreto 1 aprile 2014), relativamente all'anno 2014.

Dichiara che il proprio nucleo familiare, oltre al sottoscritto, è composto da:

Generalità anagrafica dei componenti nucleo familiare **compreso il richiedente**

1) Cognome e nome: _____

2) Codice Fiscale: _____

3) Data di nascita: _____

4) Comune di nascita: _____

1) Cognome e nome: _____

2) Codice Fiscale: _____



**Avv. Francesco Leone - Avv. Simona Fell - Avv. Claudia Caradonna - Avv. Maria Saia - Dott. Ciro Catalano
Dott. Floriana Barbata - Dott. Filippo Ficano - Dott. Giuseppe Saeli - Dott. Raimonda Riolo - Dott. Paolo Palizzolo**

3) Data di nascita: _____

4) Comune di nascita: _____

1) Cognome e nome: _____

2) Codice Fiscale: _____

3) Data di nascita: _____

4) Comune di nascita: _____

(luogo e data) _____

FIRMA

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data) _____

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

La presente dichiarazione, viene spedita unitamente a copia fotostatica del documento di identità valido del dichiarante ai sensi dell'art. 38, 3° comma del DPR 445 del 28 dicembre 2000.