



Roma - Lungotevere Marzio n.3 – 00186 - Palermo - Via della Libertà n. 62 - 90143  
Tel.: 0917794561 - Fax: 0917722955  
[www.avvocatoleone.com](http://www.avvocatoleone.com) – [info@avvocatoleone.com](mailto:info@avvocatoleone.com)  
P.IVA 06495860824

**ADESIONE RICORSO PER L'ACCESSO AL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA CHIRURGIA E ODONTOIATRIA A.A.  
2016/2017**

**D.S.A.**

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 nella fase giudiziale avverso la mancata ammissione al corso di Laurea in Medicina Chirurgia e odontoiatria a.a. 2016/2017, 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; (ALL.1)
- 2) Scheda personale e segnalazioni compilata e sottoscritta; (ALL.2);
- 3) 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; (ALL.3)
- 4) Fotocopia di un documento di identità;
- 5) Fotocopia del codice fiscale;

**PATTUISCE**

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

- a) Euro **1000,00, comprensivi di IVA e cpa**, da corrispondersi al momento del conferimento del presente incarico;
- b) tale importo non è comprensivo delle spese per l'instaurazione del giudizio comprendenti: contributo unificato, marche da bollo, notifiche ordinarie, che possono essere quantificate in **650,00 euro**.

Le somme sopra indicate (quelle relative all'onorario e quelle relative alle spese) 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 **“D.S.A.: ricorso Medicina Chirurgia e Odontoiatria a.a. 2016/2017”**

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

Luogo e Data

-----

Firma:

-----

**ALL 2**

**SCHEDA SEGNALAZIONE E RICHIESTA INFORMAZIONI**

**DATI PERSONALI E RIGUARDANTI IL CONCORSO**

-NOME \_\_\_\_\_

-COGNOME \_\_\_\_\_

-NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

-RESIDENTE A \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_

-VIA \_\_\_\_\_

-CODICE \_\_\_\_\_ FISCALE \_\_\_\_\_

-TELEFONO

FISSO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

-TELEFONO

MOBILE \_\_\_\_\_

-E-MAIL \_\_\_\_\_

ATENEO IN CUI SI E' SOSTENUTA LA PROVA: \_\_\_\_\_

PUNTEGGIO CONSEGUITO: \_\_\_\_\_

PASSWORD E USERNAME:

ISTANZA PRESENTATA ALL'ATENEO PER OTTENERE LE MISURE COMPENSATIVE (DA ALLEGARE);

RISPOSTA DELL'ATENEO SULLE RICHIESTE DELLE MISURE COMPENSATIVE (DA ALLEGARE):



Invio questo modulo perché intendo segnalare le su indicate incongruenze al fine di presentare un ricorso amministrativo avverso la mancata ammissione al Corso di Laurea in Medicina e chirurgia Odontoiatria e Protesi dentaria per l'a.a. 2016/2017.

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 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 degli stessi sito in Roma, Lungotevere Marzio, 3.

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