

**ADESIONE RICORSO PER I DIRITTI ECONOMICI DEI MEDICI SPECIALIZZATI CHE HANNO FREQUENTATO LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

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 Giuseppe Saeli l'incarico di assistenza, rappresentanza, consulenza e difesa per il primo grado di giudizio dinanzi al Tribunale competente, per ottenere il riconoscimento del diritto economico derivante dalla frequentazione della Scuola di Specializzazione inviando, a tale scopo, presso lo Studio dei predetti Avvocati, sito in Palermo via della Libertà, n. 62, i seguenti documenti:

- 1) Richiesta di adesione ed incarico professionale agli Avv.ti Francesco Leone, Simona Fell e Giuseppe Saeli 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 Giuseppe Saeli stampata (non modificandone il formato) in foglio A/4 bianco e sottoscritta personalmente; (ALL.3)
- 4) Copia attestato di Laurea (ALL.4)
- 5) Certificato iscrizione scuola Specializzazione indicante: data o anno di inizio del corso, data o anno di conseguimento del diploma, durata della specializzazione; (ALL.5)
- 6) Fotocopia di un documento di identità;
- 7) Fotocopia del codice fiscale;
- 8) Eventuali atti di interruzione della prescrizione presentati al Ministero, all'Università o al Consiglio dei Ministri (complete di ricevuta di spedizione);

**PATTUISCE**

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

**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. Tali spese saranno meglio individuate in base alla richiesta risarcitoria.

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

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

- Le informazioni al ricorrente inerenti il deposito del ricorso, la fissazione dell'udienza, e l'esito del procedimento verranno 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:

**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 ***"Ricorso Rimborso Medici Specializzati"***

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 : \_\_\_\_\_

TITOLO DI  
SPECIALIZZAZIONE: \_\_\_\_\_

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE:  
\_\_\_\_\_

CITTA' UNIVERSITARIA:  
\_\_\_\_\_

ANNO D'IMMATRICOLAZIONE:  
\_\_\_\_\_

ANNO CONCLUSIONE DELLA SPECIALIZZAZION:  
\_\_\_\_\_

DURATA LEGALE:  
\_\_\_\_\_

HA PERCEPITO UNA BORSA DI STUDIO DURANTE LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE?:

---

SE SI, DI CHE NATURA? (ES. PUBBLICISTICA, PRIVATA O ALTRO):

---

Invio questo modulo perché intendo segnalare le su indicate incongruenze al fine di presentare un ricorso avverso il mancato versamento dei compensi spettanti per legge per aver frequentato la Scuola di Specializzazione medica.

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 Tribunale competente per ottenere il riconoscimento del diritto economico derivante dalla frequentazione della Scuola di Specializzazione, gli Avv.ti Francesco Leone, Simona Fell e Giuseppe Saeli 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**

\_\_\_\_\_