



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



## Domanda per l'effettuazione della pratica forense presso l'Avvocatura dell'Inps

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

**Residente** in \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### Recapiti:

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e\_mail \_\_\_\_\_ sito web \_\_\_\_\_

**iscritto** dal ..... al registro speciale dei praticanti tenuto dal Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di.....

in possesso della **laurea in giurisprudenza** conseguita presso l'Università di ..... in data ..... con la votazione di .....

(indicare anche l'eventuale lode)

e con superamento dei seguenti **esami** con la votazione a lato di ciascuno specificata (indicare anche l'eventuale lode):

Diritto civile: votazione ..... Diritto civile 1: votazione .....

Diritto civile 2: votazione .....

Procedura Civile: votazione ..... Procedura Civile 1: votazione .....

Procedura Civile 2: votazione .....

Diritto Amministrativo: votazione ..... Diritto Amm.vo 1: votazione .....

Diritto Amm.vo 2: votazione .....



<b>5b)</b>	di svolgere l'attività lavorativa autonoma di ..... ovvero l'attività lavorativa dipendente di ..... presso .....	<input type="checkbox"/>
<b>6)</b>	di accettare che l'Inps può interrompere lo svolgimento della pratica in qualsiasi momento, sia per sopravvenuti mutamenti organizzativi sia su indicazione dell'avvocato interno affidatario, qualora non viene garantito un impegno costante o in caso di negligenza, con comunicazione al competente Consiglio dell'ordine degli avvocati;	<input type="checkbox"/>
<b>7)</b>	di essere consapevole del fatto che l'eventuale effettuazione della pratica forense presso l'Inps non dà alcun titolo per l'accesso nei ruoli organici dell'Istituto, non fa sorgere diritti o interessi di natura giuridico-economica, fatto salvo il riconoscimento di una borsa di studio senza ulteriori oneri di natura retributiva e previdenziale a carico dell'Inps, fermo restando gli obblighi in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro secondo la normativa vigente, e non può durare oltre il tempo minimo richiesto per essere ammessi agli esami per l'iscrizione nell'albo professionale;	<input type="checkbox"/>
<b>8)</b>	di manifestare il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali forniti all'Amministrazione;	<input type="checkbox"/>
<b>9)</b>	di impegnarsi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni della residenza sopra indicata;	<input type="checkbox"/>
<b>10)</b>	di voler ricevere le eventuali comunicazioni relative alla domanda al seguente indirizzo: ..... impegnandosi a far conoscere tempestivamente le eventuali variazioni;	<input type="checkbox"/>
<b>11)</b>	di essere in possesso della competenza linguistica per trattare le questioni proprie dell'Ente anche nella lingua tedesca  <b>DA INSERIRE SOLO PER LA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO</b>	<input type="checkbox"/>

(\*) Attenzione: i campi 4a-4b e 5a-5b sono alternativi, tutti gli altri devono essere selezionati obbligatoriamente.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, che quanto dichiarato nella presente domanda corrisponde a verità, consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni mendaci, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi del D.L.vo 30.6.2003, n.196, i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea e/o

informatica, per le sole finalità di espletamento della presente procedura e a tal fine autorizza espressamente l'INPS al trattamento dei dati personali.

Data

Firma