

Allegato 1

**STUDIO LEGALE**

*Avv. Aldo Esposito Avv. Ciro Santonicola*  
Via Amato 7- 80053 Castellammare di Stabia (NA)  
tel/fax 08119189944

Il/La sottoscritto/a... SIMONA PESUCCI.....

C.F. PSC SHN 70 H 52 G 6 8 A K.....

nato/a a POMBINO..... il 12/08/1970.....

residente in... CORTEGGIO.....

nomino/a

gli avvocati Aldo Esposito e Ciro Santonicola quali rappresentanti e difensori, nel presente giudizio, dinanzi al GIUDICE DEL LAVORO territorialmente competente, conferendo ogni più ampia facoltà di legge, per ogni stato e grado di giudizio, ivi compresa quella di nominare sostituti, proporre domande cautelari, rinunciare in tutto o in parte ai singoli motivi, al giudizio, alle domande cautelari e a compiere ogni atto utile ai fini di causa, come la riassunzione del giudizio.

Dichiaro di essere stato/a reso/a edotto/a circa il grado di complessità dell'incarico che con la presente conferisco e di aver ricevuto tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili, dal momento del conferimento sino alla conclusione dell'incarico.

Dichiaro, infine, di aver ricevuto tutte le informazioni previste, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e art. 13 del D.lgs. 196/2003 e s.m.i., prestando il consenso al trattamento dei dati personali, per l'espletamento del mandato conferito.

Eleggo/e domicilio presso lo studio legale degli avvocati Aldo Esposito e Ciro Santonicola, sito in Castellammare di Stabia (Na) alla Via Amato n. 7.

CORTEGGIO....., li 07/06/2021

Firma... [Firma].....

E' AUTENTICA  
AVV. C. SANTONICOLA

Cognome **PESCUCCI**  
 Nome **SIMONA**  
 nato il **12/08/1970**  
 (atto n. **465** p. **1** s. **A**)  
 a **PIOMBINO** (L.)  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **CORREGGIO (RE)**  
 Via **Via MUSSINI S. N. 28**  
 Stato civile **---**  
 Professione **IMPIEGATA**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1.60**  
 Capelli **BIONDI**  
 Occhi **MARRONI**  
 Segni particolari **---**  
**=====**

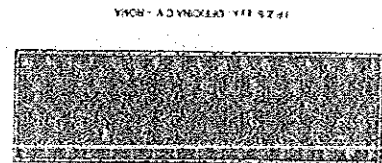
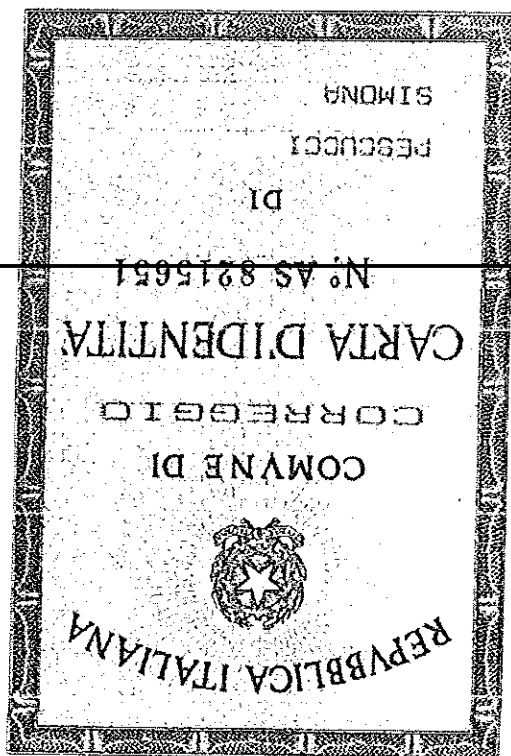


Firma del titolare *Simona Pescucci*  
**CORREGGIO** **18/06/2013**

Il SINDACO  
*Bozzetti*

Impronta del dito indice sinistro  
 Dir. Car 5.42





AS 8215651

DOCUMENTO VALIDATO FINO AL 12/08/2023

5

REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**

Codice Fiscale **PSCSMN70M52G687K** Data di scadenza **08/09/2024**

Cognome **PESCUCCI**

Nome **SIMONA** Sesso **F**

Luogo di nascita **PIOMBINO**

Provincia **LI**

Data di nascita **12/08/1970**

Dati sanitari regionali

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

**PESCUCCI**

**SIMONA**

**PSCSMN70M52G687K** **SSN-MIN SALUTE - 500001**

**80380000800154370193**

**12/08/1970**

**08/09/2024**

IT