



Organismo di MEDIAZIONE

Iscritto al n. 388 con PDG 15/6/2011 del Registro degli Organismi di mediazione tenuto presso il Ministero della Giustizia

Organismo di mediazione ADR INSTITUTE

Via Piave 61, 00187 Roma

Tel. 06/42000358 Fax 06/42010628

E-mail: adrinstitute@pec.it

A- PARTE ISTANTE*

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE		
LUOGO E DATA DI NASCITA		
RESIDENTE IN/SEDE IN	PROV.	
VIA/PIAZZA	N° C.A.P.	
TELEFONO	FAX	CELL.
E-MAIL /P.E.C.		
P. IVA/ C.F.		
DA COMPILARE SE UNA PARTE È UN'IMPRESA/ PERSONA GIURIDICA		
COGNOME E NOME DEL LEGALE RAPPRESENTANTE		
INDIRIZZO		
COD.FISC. /P.IVA		
TEL	CELL.	
E-MAIL /P.E.C.		
DA COMPILARE SE LA PARTE RICHIEDENTE INTENDE FARSÌ ASSISTERE E/O RAPPRESENTARE NELLA PROCEDURA		
NOME E COGNOME		
INDIRIZZO/DOMICILIO		
TELEFONO	FAX	CELL.
E-MAIL/ P.E.C		
P. IVA/ C.F		

*IN CASO DI PIÙ PARTI ISTANTI COMPILARE IL MODULO II DELLA PRESENTE DOMANDA

A 1 – ELEZIONE DI DOMICILIO - PER LE COMUNICAZIONI

NOME E COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENTE IN	
VIA/PIAZZA	N°
PROV.	C.A.P.
TELEFONO	FAX

CHIEDE

ALL'ORGANISMO DI MEDIAZIONE ADR INSTITUTE DI AVVIARE IL PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE NEI CONFRONTI DI

B- PARTE CONVOCATA*

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE			
LUOGO E DATA DI NASCITA			
RESIDENTE IN / SEDE IN	PROV.		
VIA / PIAZZA		N°	C.A.P.
TELEFONO	FAX	CELL.	
E-MAIL / P.E.C.			
P. IVA / C.F.			
DA COMPILARE SE UNA PARTE È UN'IMPRESA/ PERSONA GIURIDICA			
COGNOME E NOME DEL LEGALE RAPPRESENTANTE			
INDIRIZZO			
COD.FISC. / P.IVA			
TEL		CELL.	
E-MAIL / P.E.C.			
DA COMPILARE SE LA PARTE RICHIEDENTE INTENDE FARSİ ASSISTERE E/O RAPPRESENTARE NELLA PROCEDURA			
NOME E COGNOME			
INDIRIZZO / DOMICILIO			
TELEFONO	FAX	CELL.	
E-MAIL / P.E.C			
P. IVA / C.F			

*IN CASO DI PIÙ PARTI ISTANTI COMPILARE IL MODULO II DELLA PRESENTE DOMANDA

C- OGGETTO DELLA CONTROVERSIA

• Il tentativo di conciliazione :

❖ ha ad oggetto le materie indicate all'art. 5 del DLgs. 28/10:

- Condominio
- Diritti reali
- Divisioni
- Successioni ereditarie
- Patti di famiglia
- Locazione
- Comodato
- Affitto di aziende
- Risarcimento del danno derivante responsabilità medica
- Risarcimento del danno da diffamazione a mezzo stampa o con altro mezzo di pubblicità
- Contratti assicurativi
- Contratti bancari
- Contratti finanziari

❖ è volontario (*indicare la materia*) _____

❖ è esperito a seguito dell'invito del giudice del Tribunale di _____ (allegare il provvedimento) _____

❖ è esperito in virtù di una clausola contrattuale (allegare clausola)

BREVE DESCRIZIONE DELL'OGGETTO DELLA CONTROVERSIA

IL VALORE INDICATIVO DELLA CONTROVERSIA È DI € _____

A corredo della domanda di avvio della procedura, la parte istante allega i documenti appresso descritti, con espressa indicazione di quelli che si mettono a conoscenza del solo Mediatore. In mancanza di tale indicazione i documenti si intendono a disposizione delle parti e funzionali alla risoluzione della controversia.

- | | | | | |
|----|-------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | _____ | da mantenere riservati | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 2. | _____ | da mantenere riservati | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 3. | _____ | da mantenere riservati | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 4. | _____ | da mantenere riservati | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 5. | _____ | da mantenere riservati | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Data ___/___/____ Luogo _____

FIRMA _____

D – IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- DI NON AVER AVVIATO LA MEDESIMA PROCEDURA PRESSO ALTRI ORGANISMI DI MEDIAZIONE;
- DI AVER LETTO E COMPILATO CON ATTENZIONE IL PRESENTE MODULO;
- DI ACCETTARE IL REGOLAMENTO DELL' ORGANISMO DI MEDIAZIONE ADR INSTITUTE;
- DI ESSERE CONSAPEVOLI CHE L'ORGANISMO SI RISERVA LA FACOLTÀ DI DIFFERIMENTO DELLA DATA DEL PRIMO INCONTRO AD ALTRA SUCCESSIVA PER ESIGENZE ORGANIZZATIVE, COMUNQUE NEL RISPETTO DEL PRINCIPIO DI CELERITÀ DEL PROCEDIMENTO;
- DI ACCETTARE LA PRESENZA DI UN O PIÙ UDITORI.

IN CASO DI NON ACCETTAZIONE DELLA PRESENZA DEGLI UDITORI, BARRARE IL RIQUADRO

Data ___/___/____ Luogo _____

FIRMA _____

Informativa ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 cd. T.U. Privacy(Codice in materia di protezione dei dati personali):

Il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, dunque, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei spontaneamente forniti verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, per finalità istituzionali connesse o strumentali all'attività dell'organismo, per sottoporre alla Sua attenzione materiale informativo, pubblicitario o promozionale
2. Il trattamento sarà effettuato attraverso modalità cartacee e/o informatizzate.
3. Il conferimento dei dati relativi a nome, cognome, indirizzo di posta elettronica è obbligatorio, al fine di poterLe offrire il servizio di informazioni di cui al punto 1) da Lei richiesto ed ha altresì lo scopo di informarLa ed aggiornarLa sull'attività dell'Organismo di mediazione ADR Institute .
4. Il titolare del trattamento è Organismo di mediazione ADR Institute ” con sede legale in Roma alla Via Piave 61.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003, cd. T.U. privacy, in particolare Lei potrà chiedere di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarla; di ottenere senza ritardo la comunicazione in forma intellegibile dei medesimi dati e della loro origine, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni predette sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Esprimo espressamente il consenso affinché i dati personali possano essere trattati (dall'Organismo di mediazione, ADR Institute ", quale titolare del trattamento), nel rispetto della legge sopra richiamata, per gli scopi indicati, ed affinché gli stessi possano essere oggetto di comunicazione ai soggetti e per le finalità dichiarati.

Data ___ / ___ / _____ Luogo _____

FIRMA _____

ALLEGA

- Modulo II – in caso di più parti
- Provvedimento del giudice
- eventuale documentazione da cui risulti il potere a conciliare del legale rappresentante di persona giuridica
- eventuale mandato conferito al rappresentante e/o procuratore legale nella procedura
- Copia del contratto tra le parti
- Altro _____

DATI PER LA FATTURAZIONE SE DIVERSI DA QUELLI INDICATI COME PARTE ISTANTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENTE IN/SEDE IN	PROV.
VIA/PIAZZA	N° C.A.P.
TELEFONO	FAX CELL.
P.E.C.	
P. IVA	

Spazio riservato alla Segreteria

Ricevuta di avvenuto pagamento di € _____ versato:

N....PARTE ISTANTE

N.... PARTE CONVOCATA

personalmente o a mezzo delegato presso la Segreteria dell'Organismo

a mezzo bonifico sul c/c : IBAN IT89 H 07601 03400 001001679792

MODULO II – DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI PIÙ PARTI ISTANTI/CONVOCATE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENTE IN/SEDE IN	PROV.
VIA/PIAZZA	N° C.A.P.
TELEFONO	FAX CELL.
E-MAIL /P.E.C.	
P. IVA/ C.F.	
DA COMPILARE SE UNA PARTE È UN'IMPRESA/ PERSONA GIURIDICA	
COGNOME E NOME DEL LEGALE RAPPRESENTANTE	
INDIRIZZO	
COD.FISC. /P.IVA	
TEL	CELL.
E-MAIL /P.E.C.	
DA COMPILARE SE LA PARTE RICHIEDENTE INTENDE FARSÌ ASSISTERE E/O RAPPRESENTARE NELLA PROCEDURA	
NOME E COGNOME	
INDIRIZZO/DOMICILIO	
TELEFONO	FAX CELL.
E-MAIL/ P.E.C	
P. IVA/ C.F	