



### 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

## ISTANZA DI MEDIAZIONE IN MATERIA CIVILE E COMMERCIALE - CONGIUNTA

### A1 - PARTE\*

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.			
DIFENSORE			
COGNOME E NOME			
INDIRIZZO			
COD.FISC. / P.IVA			
TEL			CELL.
E-MAIL / P.E.C.			
DA COMPILARE SE UNA PARTE È UN'IMPRESA / PERSONA GIURIDICA			
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
----------	-----

**B - PARTE\***

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.		
DIFENSORE		
COGNOME E NOME		
INDIRIZZO		
COD.FISC. / P.IVA		
TEL		CELL.
E-MAIL / P.E.C.		
DA COMPILARE SE UNA PARTE È UN'IMPRESA/ PERSONA GIURIDICA		
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

**B 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

**CHIEDONO**  
**ALL'ORGANISMO DI MEDIAZIONE ADR INSTITUTE**  
**DI AVVIARE IN FORMA CONGIUNTA UN PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE**



## D – I SOTTOSCRITTI DICHIARANO:

- 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 Dlgs. 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 \_\_\_\_\_

## ALLEGANO

- 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 PARTI

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			

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:

- 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**

<input type="checkbox"/> N.... PARTE	
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.	
DIFENSORE	
COGNOME E NOME	
INDIRIZZO	
COD.FISC. / P.IVA	
TEL	CELL.
E-MAIL / P.E.C.	
DA COMPILARE SE UNA PARTE È UN'IMPRESA/ PERSONA GIURIDICA	
NOME E COGNOME	
INDIRIZZO / DOMICILIO	
TELEFONO	FAX CELL.
E-MAIL / P.E.C	
P. IVA / C.F	