

Alla Segreteria di Studio IRIS

DOMANDA DI MEDIAZIONE

1

FACOLTATIVA ☐ OBBLIGATORIA ☐ DELEGATA DAL GIUDICE ☐ CLAUSOLA DI MEDIAZIONE ☐

Sez. 1) PARTI

Parte istante

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 Prov. _____ il _____ Cod. Fiscale _____
 Residente in _____ Via _____ n. _____
 Prov. _____ Cap _____ e-mail _____
 PEC _____
 Tel _____ Cell. _____ Fax _____

in proprio

o in qualità di **titolare o legale rappresentante di**

Denominazione _____ Ragione Sociale _____
 P. IVA _____ Codice fiscale _____
 con sede in Via _____ n° _____
 CAP _____ Città _____ Prov. _____
 Tel _____ Cell. _____ Fax _____
 e-mail: _____ segnalare se è Pec sì ☐ no ☐

rappresentante con mandato a conciliare

Nome _____ Cognome _____
 titolo _____ Nato il _____ a _____
 residente /studio in _____ Via _____ n. _____
 e-mail _____ PEC _____
 Tel _____ Cell. _____ Fax _____

CHIEDE

di avviare un procedimento di mediazione nei confronti di

parte invitata:

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 Prov. _____ il _____ Cod. Fiscale _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Prov. _____ Cap _____ e-mail _____

PEC _____

Tel _____ Cell. _____ Fax _____

in proprio

o in qualità di **titolare o legale rappresentante di**

Denominazione _____ Ragione Sociale _____

P. IVA _____ Codice fiscale _____

con sede in Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel _____ Cell. _____ Fax _____

e-mail: _____ segnalare se è Pec si ☐ no ☐

MATERIA DEL CONTENDERE (barrare una delle seguenti opzioni):

☐ MEDIAZIONE OBBLIGATORIA (ART. 5, COMMA 1, D.LGS N. 28 DEL 2010)

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

Compilare solo per controversia derivante da contratto assicurativo

Numero della polizza e impresa che la ha emessa _____

Numero del sinistro e impresa che lo ha assegnato _____

Data del sinistro _____ Denominazione dell'impresa assicuratrice che ha trattato il sinistro (se diversa dalla parte invitata alla mediazione) _____

Indicazione delle altre parti chiamate alla mediazione da chi presenta l'istanza _____

Compilare solo per controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria

Denominazione dell'impresa assicuratrice eventualmente coinvolta _____

ALTRE FORME DI MEDIAZIONE OBBLIGATORIA

- ☐ SUBFORNITURA
- ☐ TELECOMUNICAZIONI
- ☐ **MEDIAZIONE VOLONTARIA** in materia di _____
- ☐ **MEDIAZIONE DELEGATA DAL GIUDICE** in materia di _____

3

Sez.2) OGGETTO, RAGIONI DELLA PRETESA, VALORE

OGGETTO DELLA CONTROVERSIA

RAGIONI DELLA PRETESA

VALORE ECONOMICO DELLA CONTROVERSIA € _____

Sez. 3) ALLEGATI

Alla presente **devono** essere allegati i seguenti documenti:

- copia documento d'identità in corso di validità
- copia codice fiscale
- prova del versamento delle **spese di avvio** pari a **€ 48,80** (40 euro + iva al 22%) per ciascuna parte, effettuato mediante bonifico bancario intestato a STUDIO IRIS (Codice IBAN: IT 11A0101004200100000003947 , presso Banco di Napoli – Potenza, Corso XVIII Agosto 1860, n.99) o in contanti alla Segreteria
- **Eventuali ulteriori documenti allegati:**
 - ☐ eventuale mandato a conciliare;
 - ☐ copia provvedimento del giudice che invita le parti a tentare la mediazione;
 - ☐ copia del contratto contenente la clausola conciliativa;
 - ☐ altro: _____

Sez. 4) DATI PER LA FATTURAZIONE (dati obbligatori)

Cognome e Nome _____

Ragione Sociale _____

C. F. _____ P. Iva _____

Via _____ Città _____ Cap _____

Legale Rappresentante _____

Sez.5) ACCETTAZIONE DEL REGOLAMENTO E DICHIARAZIONI

Il Sottoscritto (cognome e nome) _____

DICHIARA

- di avere preso visione del Regolamento e del Tariffario relativo a questo Servizio, di accettarne il contenuto e le relative tariffe
- di non aver avviato la medesima procedura presso altri organismi di mediazione
- di essere consapevole delle possibili e motivate esigenze organizzative relativamente alla fissazione del primo incontro che, pertanto, potrebbe essere fissato in data diversa da quella prevista dall'art. 8, comma 1, del D.Lgs 4 marzo 2010 n. 28.;
- di conoscere che il conferimento dei dati è obbligatorio e di essere informato dei diritti conferiti agli interessati dall'articolo 7 del D.Lgs. n. 196/2003

DICHIARA

- ☐ che la clausola di mediazione presso Studio IRIS è inserita nell'atto _____

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali, limitatamente a quanto necessario all'organizzazione ed all'esecuzione del procedimento di mediazione.

(Luogo e data)

Firma

Il Sottoscritto (cognome e nome) _____

DICHIARA che nella presente procedura sarà assistito, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa, dall' Avvocato (nome e cognome) _____ con studio in _____

Via _____ Tel _____ Fax _____

Pec _____ presso cui:

- ☐ elegge domicilio
- ☐ non elegge domicilio

e/o **DELEGA** il suddetto Avvocato a rappresentarlo/a con ogni più ampia facoltà, compresa quella di transigere e conciliare la presente procedura dato per fermo e rato il suo operato.

(Luogo e data)

Firma

E' AUTENTICA
 L'avvocato