

DOMANDA DI MEDIAZIONE

PARTE ISTANTE

Il/la sottoscritto/a _____ C.F.: _____

Residente in _____ alla Via _____

CAP _____ Tel. _____ FAX _____

Documento d'identità _____ n° _____

e-mail _____ cell. _____

Titolare/legale rappresentante della ditta (da compilare se in rappresentanza di una persona giuridica)

Ragione Sociale _____

*Nella qualità di** _____

Indirizzo _____

Tel. _____ *FAX* _____

e-mail _____ *C.F./P.IVA* _____

() allegare documentazione da cui risulti il potere a conciliare del legale rappresentante*

dichiara di voler ricevere le comunicazioni relative alla procedura di mediazione esclusivamente ai numeri di telefono, fax, cellulare ed e-mail suindicati, anche dell'assistente, se previsto, ritenendo sin d'ora tali mezzi

ASSISTENTE

Assistita da _____

Con studio in _____ via _____

Tel. _____ cell. _____

e-mail _____ PEC _____

sufficienti e soddisfacenti per sancire le avvenute comunicazioni e

CHIEDE

ad ADR MED di avviare la procedura di mediazione nei confronti di:

(indicare in maniera comprensibile e completa i recapiti a cui ADR MED invierà le comunicazioni. Le istanze illeggibili si hanno per non ricevute. Per le comunicazioni, la parte istante verserà le relative somme a titolo di spese postali. In caso di errata comunicazione dei dati della CONTROPARTE, se è necessaria o richiesta ulteriore notifica, saranno addebitati alla PARTE ISTANTE ulteriori costi per tale servizio pari a € 10,00 (€ dieci/00).

CONTROPARTE

Il Sig./La Sig.ra _____ C.F. _____

nella qualità di (solo per persone giuridiche)

Residente in _____ alla Via _____

CAP _____ Tel. _____ FAX _____

e-mail _____

eventuale ulteriore parte

Il Sig./La Sig.ra _____ C.F. _____
nella qualità di (solo per persone giuridiche)

Residente in _____ alla Via _____

CAP _____ Tel. _____ FAX _____

e-mail _____

per risolvere la controversia tra loro esistente, avente ad oggetto:

e rientrante nella tipologia di mediazione: **obbligatoria** ☐ **volontaria** ☐ **demandata dal giudice** ☐

Il valore indicativo della controversia, ai soli fini della determinazione dell'indennità, è pari a

euro _____ (dico euro _____).

MODALITÀ di PAGAMENTO

Le spese per l'avvio della procedura, pari a € 40,00 + iva (euro quarantotto/80), sono corrisposte nei seguenti modi:

☐ personalmente o a mezzo delegato presso l'Unità Locale ADR MED prescelta

☐ Bonifico bancario IBAN: IT95K0503015200000010052074

☐ Altra modalità di pagamento (*soggetto a verifica prima dell'avvio dell'istanza*)

Si allegano:

1. Ricevuta dell'avvenuto pagamento di euro 40,00 + iva (euro quarantotto/80) per l'avvio della procedura

2. _____

3. _____

4. _____

La **PARTE ISTANTE** dichiara che la prescrizione dei termini della controversia oggetto della presente istanza è superiore a giorni 15 (quindici) dalla data riportata sulla ricevuta di pagamento. **ADR MED** si impegna a inviare l'istanza entro 3 (tre) giorni dalla sua accettazione tramite *raccomandata R/R* all'indirizzo comunicato dalla **PARTE ISTANTE**. In ogni caso la **PARTE ISTANTE** solleva **ADR MED** da ogni responsabilità, diretta o indiretta, in conseguenza al mancato recapito dell'istanza e riconosce all'**ADR MED** la diligenza nella comunicazione se eseguita nei termini indicati. Ogni altra comunicazione effettuata all'**ADR MED** in deroga a quanto sopra esposto dovrà essere prodotta dalla **PARTE ISTANTE** per iscritto con prova di consegna.

Dichiara, altresì, di aver preso visione del Regolamento di Procedura di ADR MED e della Tabella delle Indennità, pubblicati sul sito www.adrmed.it e di accettarne integralmente il contenuto.

In ogni caso l'indennità complessiva ed effettiva sarà determinata soltanto al termine della procedura di mediazione.

In caso di mancata comparizione di controparte, parte istante versa € 40+iva come spese di avvio più ulteriori € 40 + iva per il primo scaglione (fino a € 1000) e ad € 50 + iva per tutti gli altri scaglioni (<€1000) così come previsto dal D.M. 180/10 art. 16 comma 4 lett.e).

_____ **FIRMA PARTE ISTANTE**

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, nel trasmettere i propri dati a ADR MED, acconsente al loro trattamento da parte della stessa, nel rispetto delle disposizioni del D. Lgs 196/2003.

Titolare del trattamento è ADR MED, con sede in Salerno, che si impegna a non diffondere i dati personali a soggetti indefiniti.

I dati non verranno diffusi a terzi, se non per l'espletamento di obblighi previsti dalla normativa vigente. I dati personali raccolti, obbligatori per la gestione della procedura di mediazione, saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Tutti i dati forniti saranno comunicati al mediatore, a eventuali suoi assistenti, al personale amministrativo di ADR MED.

I dati, ad eccezione delle dichiarazioni effettuate in occasione delle sessioni separate e riservati al solo mediatore, potranno essere comunicati a tutte le altre parti coinvolte nella procedura. Eventuali richieste ex artt. 7, 8, 9 e 10 del D. Lgs. 196/03 dovranno essere inoltrate ad ADR MED, via V. Laspro, 23 - Salerno.

-----,-----

FIRMA PARTE ISTANTE