

Alla Segreteria di "FOSVITER CONCILIAZIONE"
iscritto al n. 84 del Registro degli Organismi di Mediazione istituito presso il Ministero della Giustizia

SEDE DI

SALERNO

Via Luigi Settembrini 24

Prot. n _____/_____

DOMANDA DI AVVIO DELLA PROCEDURA DI MEDIAZIONE

Il/la sottoscritto/a* _____ nato/a a _____
il _____ residente in* _____ alla via* _____
n. _____ CAP _____ telefono* _____ tel.cell.* _____
fax _____ e-mail* _____
P.IVA _____ C.F.* _____

Nella qualità di legale rappresentante della società:

_____ indirizzo* _____ città* _____
CAP _____ P.IVA _____ C.F.* _____
Tel* _____ fax _____ e-mail* _____

eventuale

Assistito/a dall'Avv.

nome* _____ cognome* _____
del Foro di _____
C.F.* _____ con studio in* _____
alla via* _____ n. _____ CAP _____ tel.* _____
fax _____ e-mail* _____
pec* _____

Obbligatorio ex art. 8
co. 1 D.Lgs. 128/2010

chiede di avviare un tentativo di conciliazione nei confronti di

Cognome e nome/ Ragione sociale* _____

residente (con sede) in* _____ alla via* _____
n.* _____ CAP* _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____

per risolvere la controversia tra loro esistente, in materia di*

- condominio
- diritti reali
- divisione
- successioni ereditarie
- patti di famiglia
- locazione
- comodato
- affitto di aziende
- risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria
- risarcimento del danno derivante da diffamazione con il mezzo della stampa
- contratti assicurativi, bancari e finanziari

- altro (specificare) _____

avente ad oggetto* (breve esposizione dei fatti / ragioni della pretesa):

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> come condizione di procedibilità | <input type="checkbox"/> come mediazione delegata |
| <input type="checkbox"/> come da statuto/atto/contratto | <input type="checkbox"/> come mediazione volontaria |

Il valore indicativo della controversia¹ è di €. _____ (in lettere _____)

Si allega la seguente documentazione²:

1. ricevuta dell'avvenuto pagamento di € 48,80 (IVA compresa 22%) per diritti di segreteria effettuato:
 - a mezzo bonifico bancario intestato a "FO.SVI.TER. CONCILIAZIONE"
IBAN: IT 61 P 07601 15000 00100 0026888;
 - sul C.C. n. 1000026888 intestato a "FO.SVI.TER. CONCILIAZIONE"
causale: "Spese mediazione".
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 7, comma 7, del D.M. 180/2010, non sono consentite comunicazioni riservate delle parti al solo mediatore, eccetto quelle effettuate in occasione delle sessioni separate. Pertanto gli allegati al presente documento saranno accessibili anche alle controparti.

* Campi obbligatori ¹ È sufficiente indicare uno degli scaglioni di appartenenza del valore della lite contenuti nel Tariffario. Qualora il valore risulti indeterminato, indeterminabile o vi sia una notevole divergenza tra le parti sulla stima, l'organismo decide il valore di riferimento e lo comunica alle parti.
² La domanda di avvio della procedura e la documentazione allegata devono essere depositate in duplice copia.

La parte istante richiede che le comunicazioni relative al presente procedimento vengano inviate al seguente indirizzo:

Nome

Via Città Cap

e/o al seguente **indirizzo e.mail** (preferibilmente posta certificata):

Dati per la fatturazione:	
<input type="checkbox"/> persona fisica	
nome _____	cognome _____
indirizzo _____	città _____ CAP _____
Codice Fiscale _____	telefono _____
email _____ specificare se PEC <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> persona giuridica	
Denominazione _____	
P.IVA _____	Codice fiscale _____
Sede/domicilio: via _____ n. _____ CAP _____	
email _____ specificare se PEC <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso cognizione del Regolamento e del Tariffario relativi a questo servizio di mediazione e di accettarne integralmente il contenuto.

_____, lì _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a, nel trasmettere i propri dati a "Fo.Svi.Ter. Conciliazione", acconsente al loro trattamento da parte del medesimo, limitatamente a quanto necessario all'organizzazione ed all'espletamento del tentativo di conciliazione.

E', inoltre, a conoscenza del fatto che il conferimento dei dati è obbligatorio e che essi non saranno trasmessi a soggetti esterni a "Fo.Svi.Ter. Conciliazione".

Dichiara altresì di essere informato/a dei diritti conferiti all'interessato dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

Titolare del trattamento dei dati personali è "Fo.Svi.Ter. Conciliazione" con sede legale alla Via M. Rotili coop. Casabella, n. 1, 82100 Benevento.

_____, lì _____ Firma _____

Il presente modulo, debitamente compilato, può essere inviato a mezzo Raccomandata R/R presso la sede di FOSVITER CONCILIAZIONE alla "Via Luigi Settembrini 24 - 84128 Salerno" oppure a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo salerno@pec.fosviterconciliazione.it ovvero depositato presso la segreteria di una delle sedi accreditate di FOSVITER CONCILIAZIONE, allegando, in ogni caso, copia di valido documento d'identità personale.

<u>SPAZIO RISERVATO ALL'ORGANISMO</u>	
DEPOSITATA IN DATA
DATA DEL PRIMO INCONTRO
SEDE INDIVIDUATA
IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA	
.....	