

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 * _____ tel.cell.* _____ C.F.* _____
e-mail* _____ P.IVA _____

se soggetto giuridico: nella qualità di legale rappresentante di

Indirizzo * _____ città * _____
CAP * _____ P.IVA * _____ C.F. * _____
Tel* _____ fax _____ e-mail * _____
pec * _____ Codice Destinatario * _____

assistito/a dall' Avv. (Obbligatorio ex art. 8 co. 1 D.Lgs. 128/2010)

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

chiede di avviare un tentativo di conciliazione nei confronti di

Cognome e nome/ Ragione sociale * _____

C.F. _____ P.IVA _____
nato a _____ il _____
residente (con sede) in* _____ alla via* _____ n.* _____
CAP* _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____
pec _____ Codice Destinatario _____

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> condominio | <input type="checkbox"/> comodato |
| <input type="checkbox"/> diritti reali | <input type="checkbox"/> affitto di aziende |
| <input type="checkbox"/> divisione | <input type="checkbox"/> contratti assicurativi |
| <input type="checkbox"/> successioni ereditarie | <input type="checkbox"/> contratti bancari |
| <input type="checkbox"/> patti di famiglia | <input type="checkbox"/> contratti finanziari |
| <input type="checkbox"/> locazione | |
| <input type="checkbox"/> risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria | |
| <input type="checkbox"/> risarcimento del danno derivante da diffamazione con il mezzo della stampa | |
| <input type="checkbox"/> 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:

- ricevuta dell'avvenuto pagamento di € 48,80 (IVA 22% compresa) 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 avvio nome istante".
- _____
- _____
- _____
- _____

* 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.

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.

La parte istante richiede che le comunicazioni relative al presente procedimento vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (pec): _____
(in mancanza di indicazione, le comunicazioni verranno inviate all'indirizzo pec dell'avvocato indicato dalla parte)

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.

_____, li _____ 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.

È, 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 dalla vigente normativa in materia di privacy.

Titolare del trattamento dei dati personali è "Fo.Svi.Ter. Conciliazione" con sede alla C/da Piano Cappelle di Benevento.

_____, li _____ Firma _____

Il presente modulo, debitamente compilato, può essere inviato a mezzo Raccomandata A/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.

SPAZIO RISERVATO ALL'ORGANISMO

DEPOSITATA IN DATA

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

.....