



di **LEGAL PROFESSIONAL NETWORK S.R.L.**

Iscritto al n. 1041 degli organismi di Mediazione tenuti presso il Ministero della Giustizia

Iscritto al n. 428 degli enti di formazione tenuti presso il Ministero della Giustizia

Via Ufente 20, Latina - P.I. 05145890652 Tel. e Fax 0773/180277
amministrazione@legalprofessionalnetwork.org lpn@legalmail.it

www.legalprofessionalnetwork.org

ISTANZA DI MEDIAZIONE

Sede di _____
Deposito _____

Persona fisica (allegare copia del documento d'identità)

Cognome e Nome		_____	
Nato il	___ / ___ / ___ a:	_____	Prov /Stato
Indirizzo	_____		CAP
Città	_____	Prov /Stato	_____
CF	_____	P. Iva	_____
Tel.	Cell.	_____	Fax
PEC	_____		
MAIL	_____		
CODICE DESTINATARIO (ove disponibile) : _____			

Persona giuridica (allegare estratto della Visura Camera di Commercio)

Ente/Impresa		_____	
C.F.	_____	P. Iva	_____
Titolare /legale rapp. _____			
Indirizzo	_____		CAP
Città	_____	Prov /Stato	_____
Referente	_____	Tel.	Fax
Cell.	_____	PEC	_____
MAIL	_____		

CODICE DESTINATARIO: _____

Assistita nella procedura con specifica procura dall'Avvocato iscritto all'Albo: _____

Cognome e Nome _____

Nato il	____ / ____ / ____	a:	_____	Prov /Stato	_____
Indirizzo	_____			CAP	_____
Città	_____			Prov /Stato	_____
CF	_____			P. Iva	_____
Tel.	_____	Cell.	_____	Fax	_____
PEC	_____				
MAIL	_____				

- Elezione di domicilio (In caso di scelta le comunicazioni saranno inviate esclusivamente al difensore/rappresentante)

n. _____ Indicare il numero di altre parti istanti nella procedura di mediazione e compilare il modello "integrativo per altre parti interessate alla mediazione"

CHIEDE DI CHIAMARE IN MEDIAZIONE

Persona fisica

Cognome e Nome _____

Nato il	____ / ____ / ____	a:	_____	Prov /Stato	_____
Indirizzo	_____			CAP	_____
Città	_____			Prov /Stato	_____
CF	_____			P. Iva	_____
Tel.	_____	Cell.	_____	Fax	_____
PEC	_____				
MAIL	_____				

Persona giuridica (allegare estratto Visura Camera di Commercio)

Ente/Impresa _____

C.F. _____ P. Iva _____

Titolare /legale rapp. _____

Indirizzo	_____			CAP	_____
Città	_____			Prov /Stato	_____
Referente	_____	Tel.	_____	Fax	_____
Cell.	_____	PEC	_____	_____	
MAIL	_____				

n. ____

Indicare il numero di altre parti nei confronti dei quali avviare la procedura di mediazione e compilare il modello "integrativo per altre parti interessate alla mediazione"

- DICHIARA ex art. 4 D.lgs. 28/2010 che il Foro territorialmente competente è**

- DICHIARA inoltre la propria disponibilità allo svolgimento in via telematica della procedura di mediazione, secondo quanto previsto dal Regolamento Mediazione online dell'Organismo Conciliando Med**

LA DOMANDA DERIVA DA (barrare una delle opzioni indicate):

- Mediazione volontaria in materia di: _____
- Clausola di mediazione
- Provvedimento del giudice _____
(in questo caso allegare il provvedimento con cui è stata disposta la mediazione demandata)
- Mediazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs 28/2010 e ss.mm. (indicare l'oggetto fra quelle indicate)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Affitto d'azienda | <input type="checkbox"/> Danni da diffamazione | <input type="checkbox"/> Associazione in | <input type="checkbox"/> Contratti di |
| <input type="checkbox"/> Comodato | <input type="checkbox"/> Diritti reali | partecipazione | somministrazione |
| <input type="checkbox"/> Condominio | <input type="checkbox"/> Divisione | <input type="checkbox"/> Consorzio | <input type="checkbox"/> Società di persone |
| <input type="checkbox"/> Contratti assicurativi | <input type="checkbox"/> Locazione | <input type="checkbox"/> Franchising | <input type="checkbox"/> Subfornitura |
| <input type="checkbox"/> Contratti bancari | <input type="checkbox"/> Patti di famiglia | <input type="checkbox"/> Contratti d'opera | |
| <input type="checkbox"/> Contratti finanziari | <input type="checkbox"/> Successione ereditaria | <input type="checkbox"/> Contratti di rete | |

- Inadempimento Covid-19
- Altre controversie, si prega di indicare l'oggetto in dettaglio

VALORE DELLA CONTROVERSIA:

Se il valore è indeterminato, si prega di indicare lo scaglione di riferimento:

BREVE DESCRIZIONE DEL FATTO

MOTIVI DI DIRITTO

[Empty rectangular box for legal reasoning]

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Copia documento d'identità e C.F. delle parti - Copia tesserino avvocato

- Procura – Visura
- Contabile delle spese di avvio della procedura di mediazione,
Il pagamento potrà essere effettuato nelle seguenti modalità: bonifico Iban **IT80L0326876220052386142410** intestato alla Legal Professional Network oppure contanti/assegno al momento del deposito.

Altro

N.B. Si ricorda di segnalare alla segreteria i documenti che si intende riservare all'attenzione del solo mediatore, ed eventualmente coperti da riservatezza

Il sottoscritto _____

dichiara

-di aver letto e compilato con attenzione il presente modulo e di voler ricevere le comunicazioni relative alla procedura di mediazione esclusivamente ai numeri di fax, PEC ed e-mail forniti;

-di non aver avviato la medesima procedura presso altri organismi di mediazione.

-di aver preso visione del Regolamento e del Tariffario dell'Organismo Conciliando Med di Legal Professional Network e di accettarne integralmente i contenuti riconoscendo il relativo debito nei confronti dell'Organismo medesimo in relazione alle spese e alle indennità secondo la normativa vigente, sia d.lgs. che d.m. del Ministero della Giustizia, all'atto del deposito della istanza

~~-di corrispondere il contributo relativo alle spese di avvio della mediazione, nonché le eventuali spese per l'invio comunicazioni, il rilascio copie dei verbali, come da Regolamento.~~

-fatto salvo il caso di mancata comparizione della parte chiamata in mediazione, e comunque sulla base delle disposizioni vigenti al momento della proposizione della istanza, **di** impegnarsi a corrispondere le indennità di mediazione.

Data __ / __ / ____ Firma della Parte

Firma dell'avvocato

CONSENSO PER LA TUTELA DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, nel trasmettere i propri dati all'Organismo di Mediazione Conciliando Med di Legal Professional Network acconsente al loro trattamento da parte dello stesso Ente, per l'adempimento degli obblighi civili e fiscali inerenti all'organizzazione ed all'espletamento del tentativo di conciliazione ivi richiesto. Inoltre, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, acconsente al trattamento con la possibilità di esercitare i diritti sanciti agli artt. 15-22 del Regolamento UE n. 2016/679. I dati non saranno trasferiti in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Il Trattamento dei dati personali sopra forniti sarà comunque effettuato, a prescindere dalla manifestazione del consenso in applicazione dell'interesse legittimo, per adempiere agli obblighi di legge ai quali la Conciliando med, come organismo istituzionale, è preposta e solo limitatamente alle finalità imposte dalla legge

Data __ / __ / ____ Firma:

SPAZIO RISERVATO PER LA SEGRETERIA. DI MEDIAZIONE

DATA/ORA RIC. ISTANZA: __ / __ / ____ - ____
N. PROT. ASSEGNATO _____

