



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](http://www.legalprofessionalnetwork.org)

## MODULO DI ADESIONE ALLA PROCEDURA DI MEDIAZIONE

### ***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
Email	_____		
PEC	_____		
CODICE DESTINATARIO: _____			

### ***Persona giuridica (allegare estratto Visura Camera di Commercio)***

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

Email \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

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

**ACCETTA ADERIRE ALLA PROCEDURA DI MEDIAZIONE**

PROT. N. \_\_\_\_\_

Sede e Data di incontro \_\_\_\_\_

**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**

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 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.

- **di** impegnarsi a corrispondere le indennità di mediazione, ove dovute, secondo la normativa vigente e quanto previsto dal regolamento di procedura.

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: