



Iscritta al n. 94 del registro degli organismi deputati a gestire procedure di mediazione finalizzati alla conciliazione, in forza delle disposizioni di cui all'art. 20, comma 3 D.M. 180/10

PDG del 07 luglio 2010 e seguenti.

Ministero della Giustizia

Da spedire anche a mezzo fax o consegnare a:

A.D.R. Camera Caritatis

ORGANISMO DI CONCILIAZIONE

Via Garibaldi, 99 - 91021 Campobello di Mazara

Website: www.cameracaritatis.it - Fax. 11786013647

Tel e Fax 0924 911460 - Pec: ggabriel@pec.it

E-Mail: info@cameracaritatis.it

DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI UNA PROCEDURA DI MEDIAZIONE

Sede Distaccata di _____

(L'istanza di mediazione deve essere presentata presso un organismo che ha sede nel **luogo del giudice territorialmente competente** per la controversia)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Recapiti: via _____, città _____ CAP _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Cod.fisc. _____ (allegare fotocopia di un valido documento di identità)

in qualità di:

persona fisica che agisce nel proprio interesse;

persona fisica che agisce in nome e per conto del signor _____ (nome e cognome), nato

a il

Recapiti: via _____, città _____ CAP _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Cod.fisc. _____, giusta procura speciale conferita in data....., estesa in calce al presente atto;

rappresentante della ditta individuale ovvero società

..... ovvero ente con sede in

via n..... codice fiscale:

p. iva: , pec:, Telefono

..... fax e-mail

munito dei necessari poteri rappresentativi giusta procura speciale conferita da

..... in data..... ovvero giusta delibera del

..... resa in data, che si allega al presente atto sotto la lettera "A";

(campo obbligatorio per le ipotesi di "mediazione obbligatoria")

assistito dall'Avv. (.....), del Foro di

con studio professionale in via n ... c.a.p. tel.

..... fax. cell., C.F., e-mail

....., pec, giusta procura speciale in data, estesa in

calce al presente atto;

Numero di altre eventuali parti istanti: _____ (allegare il modello A)

CHIEDE

P'avvio di una procedura di mediazione ai sensi del D. Lgs. 28/2010 nei confronti di

PARTE NEI CUI CONFRONTI LA PROCEDURA E' PROMOSSA

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ città _____ CAP _____

P. IVA _____ Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Numero di altre eventuali parti invitate: _____ (allegare il modello B)

MEDIAZIONE OBBLIGATORIA (art. 5, comma1, D.Lgs n.28/2010):

<input type="checkbox"/> Condominio	<input type="checkbox"/> Diritti reali	<input type="checkbox"/> Contratti finanziari	<input type="checkbox"/> Successione ereditaria
<input type="checkbox"/> Patti di famiglia	<input type="checkbox"/> Locazione	<input type="checkbox"/> Contratti bancari	<input type="checkbox"/> Risarcimento del danno da diffamazione
<input type="checkbox"/> Affitto d'aziende	<input type="checkbox"/> Comodato	<input type="checkbox"/> Contratti assicurativi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Divisione	<input type="checkbox"/> Risarcimento del danno da responsabilità medica		

ALTRA FORMA DI MEDIAZIONE OBBLIGATORIA

MEDIAZIONE VOLONTARIA in materia di _____
(es: consumo, societario, etc.)

MEDIAZIONE DELEGATA DAGLI UFFICI GIUDIZIARI in materia di _____

_____ (Allegare - copia provvedimento del giudice che invita le parti a tentare la mediazione)

Descrizione dei Fatti: _____

OGGETTO: _____

RAGIONI DELLA PRETESA: _____

Valore indicativo della controversia: € _____

Allegati:

ricevuta dell'avvenuto pagamento di €48,40, di cui €40,00 per Diritti di Attivazione ed €8,40 per IVA, incrementati di € 5,00 per ogni ulteriore parte invitata e di ed € _____ per spese fotocopiatura documenti da inviare alle parti chiamate nella misura di €0,10 per ogni pagina) effettuato:

- Conto Corrente Postale n. 4615768 intestato a "A.D.R. Camera Caritatis"
- Bonifico Bancario sul Conto Corrente Postale IBAN: IT-07-G-07601-16400-000004615768 intestato a "A.D.R. Camera Caritatis"
- Bonifico Bancario sul Conto Corrente – INTESA SANPAOLO S.P.A. - IBAN: IT44 X030 6981 8101 0000 0000 472 intestato a "A.D.R. Camera Caritatis"

Documentazione prodotta:

1)
2)
3)

5)
6)
7)

Precisa che i documenti indicati dal n. ... al n. ... devono essere consegnati al solo mediatore designato con dovere di riservatezza, non potendo essere comunicati alle altre parti od a terzi non autorizzati dall'istante o dall'autorità giudiziaria.

- i documenti giustificativi dei poteri rappresentativi, in particolare:

-- (procura speciale, delibera ...).....

--

Il sottoscritto attivatore della procedura, con la sottoscrizione della presente, conferisce espreso mandato all'Associazione ADR Camera Caritatis di procedere, in conformità al proprio Regolamento, all'esperimento della procedura di Mediazione finalizzata alla conciliazione della controversia insorta con la/le parte/i nei cui confronti la procedura è promossa.

All'uopo autorizza espressamente ADR Camera Caritatis a contattare la/le parte/i nei cui confronti la procedura è promossa, al fine di ottenerne l'adesione, esonerandola da qualsivoglia responsabilità in merito all'utilizzo ed alla comunicazione dei dati e dei documenti conferiti.

Il presente modulo e la documentazione allegata, ad eccezione di quella riservata al solo mediatore, saranno trasmessi a discrezione della Segreteria di ADR Camera Caritatis alla parte nei cui confronti la procedura è proposta.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di accettare il regolamento di procedura adottato da A.D.R. Camera Caritatis che disciplina la procedura, i costi del tentativo di conciliazione come da Tariffa ed i principi di comportamento, di cui ha preso visione impegnandosi sin da ora a rispettarne il contenuto, nonché a versare l'indennità di mediazione secondo quanto previsto dal regolamento medesimo.

Il/La sottoscritto/a, altresì, si impegna a non chiamare, in un futuro e non auspicato processo giudiziario vertente sull'oggetto della presente istanza, il mediatore, l'eventuale ausiliario o tirocinante, o gli addetti alla segreteria né i responsabili dell'organismo.

Luogo e Data _____

Firma:

Informativa sulla Privacy

Informativa all'utente e all'associato per il trattamento dei dati personali ed acquisizione del consenso

La presente informativa viene resa ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 di cui al D.Lgs. 196/03 e nel totale rispetto dei diritti di cui all'Art. 7 del predetto D.Lgs.

Si informa la S.V. che i dati personali da Ella forniti all'Associazione A.D.R. Camera Caritatis, nell'ambito dei rapporti professionali instaurati o in via di instaurazione, verranno trattati nel pieno rispetto della normativa prevista dal D.Lgs 196/03 e degli obblighi di riservatezza previsti dalla Legge; pertanto l'Associazione si pregia di fornire alla S.V. la seguente informativa in merito alle modalità adottate per il trattamento dei dati da Voi conferiti:

1= Il trattamento dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari, è finalizzato esclusivamente alla corretta, completa e compiuta tutela dell'utente, dell'associato e del consumatore in genere, da effettuarsi con ogni mezzo legittimo per garantirne la tutela dei diritti.

I dati saranno trattati nell'ambito del mandato ricevuto e nel corretto e completo espletamento dello stesso, ai soli fini contabili, fiscali, contrattuali, nonché per l'espletamento

delle attività professionali afferenti al mandato ricevuto, così come previste nello Statuto dell'Associazione e nel Regolamento di procedura.

2= I dati personali conferiti saranno trattati con modalità tali da assicurarne la sicurezza e la riservatezza, nonché con quelle previste dall'Art. 4 lettera a) del D.Lgs 196/03, con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e comporterà la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati, anche se non registrati in una banca dati, anche con l'impiego e l'utilizzo di strumenti elettronici che rispondano a criteri qualitativi, quantitativi e temporali.

I dati trattati potranno essere diffusi o comunicati a terzi solo previo Vs. consenso o, nei casi tassativi in cui la legge preveda la comunicazione dei dati a terzi senza il preventivo consenso, senza l'acquisizione dello stesso.

3= Non v'è obbligo a Vs. carico di conferire i dati relativi a nome, cognome, data di nascita, residenza, domicilio e codice fiscale; tuttavia il conferimento dei dati è un atto necessario ai fini dell'espletamento del servizio ed, in particolare, della fornitura delle prestazioni da Lei richieste e previste nello Statuto dell'Associazione.

Il rifiuto al conferimento dei dati necessari all'espletamento del servizio o previsti dalla legge per l'adempimento degli obblighi fiscali, non consentirà, in tutto o in parte, l'espletamento del servizio e ne impedirà la corretta esecuzione.

4= I dati conferiti potranno essere comunicati, per il compimento delle finalità del trattamento indicate al capo 1), a collaboratori esterni, delegati, domiciliatari, parti, difensori di parte, medici, periti, consulenti, ausiliari, esperti e ad ogni altro soggetto cui sia necessario comunicare i dati ai fini del corretto e completo espletamento del mandato.

5=Pertanto, nell'ambito dell'espletamento del mandato ricevuto, l'Associazione, potendo dover trattare dati sensibili riguardanti la S.V., con la presente si pregia di chiederVi il consenso espresso per il trattamento degli stessi.

Si precisa che il trattamento dei dati sensibili avverrà nel pieno rispetto e nella totale osservanza degli Artt. 23 e 26 D.Lgs. 196/03 e che gli stessi verranno conservati per il periodo di tempo strettamente necessario all'espletamento del mandato.

6= Il Titolare del trattamento è il Presidente dell'Associazione, Dott. Giuseppe Gabriele, domiciliato per la carica presso la sede dell'Associazione sita in Campobello di Mazara (TP) nella Via Garibaldi al civico 99.

Il Responsabile del trattamento è la Coordinatrice Dott.ssa Luisa Bondi, domiciliata per la carica presso la sede dell'Associazione sita in Campobello di Mazara (TP) nella Via Garibaldi al civico 99

Io, sottoscritto _____ **dichiaro di aver preso visione e cognizione dell'informativa sulla Privacy.**

Pertanto, avendo assunto piena e totale conoscenza di ciò che viene inteso con il termine "dati sensibili", essendo pienamente consapevole che l'Associazione può dover effettuare trattamenti di dati sensibili afferenti la mia persona, presto il mio consenso per il trattamento, la comunicazione e la diffusione dei dati comuni, sensibili e giudiziari, limitatamente a quelli necessari alla completa esecuzione del servizio che l'Associazione presterà a mio favore.

Luogo e Data _____

Firma:

N.B. – La presente domanda deve essere compilata in ogni sua parte e depositata presso la Segreteria di A.D.R. Camera Caritatis *tramite*:

Deposito della domanda e degli eventuali allegati presso la Segreteria A.D.R. Camera Caritatis – Sede Legale, in Campobello di Mazara (TP) nella Via Garibaldi al civico 99 o presso una Sede distaccata Autorizzata con contestuale pagamento dei diritti di Attivazione di €48,40 (IVA inclusa) incrementati di €5,00 per ogni ulteriore parte invitata; da effettuarsi:

- Conto Corrente Postale n. 4615768 intestato a “A.D.R. Camera Caritatis”
- Bonifico Bancario sul Conto Corrente Postale IBAN: IT-07-G-07601-16400-000004615768 intestato a “A.D.R. Camera Caritatis”
- Bonifico Bancario sul Conto Corrente – INTESA SANPAOLO S.P.A. - IBAN: IT44 X030 6981 8101 0000 0000 472 intestato a “A.D.R. Camera Caritatis”

Invio della domanda e degli eventuali allegati ad A.D.R. Camera Caritatis a mezzo:

- **Raccomandata a.r. all’indirizzo** Campobello di Mazara (TP) nella Via Garibaldi al civico 99
- **Posta elettronica certificata con firma digitale nella P.E.C. ggabriel@pec.it**

in questi due casi occorre allegare:

- Copia del bonifico di € _____ effettuato** sul Conto Corrente Postale IBAN: IT-07-G-07601-16400-000004615768 intestato a “A.D.R. Camera Caritatis”

SPAZIO RISERVATO ALL’ORGANISMO DI MEDIAZIONE

Istanza depositata il _____ alle _____ Presso _____

Spese di avvio €48,40 (incl. Iva): Pagate Non pagate

Note _____

Firma del ricevente _____ Responsabile di sede _____

“Modello A”: Altre parti istanti

Allegato all'istanza di mediazione tra _____ e _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Recapiti: via _____, città _____ CAP _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Cod.fisc. _____

(da compilare solo nel caso in cui la parte richiedente sia un'impresa) legale rappresentante (o difensore con procura alle liti) dell'impresa

Denominazione _____

Indirizzo _____ città _____ CAP _____

P. IVA _____ Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Rappresentato da :

- difensore con specifica procura (allegare il documento)
- rappresentante associazione consumatori
- altro (specificare)

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ città _____ CAP _____

P. IVA _____ Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Il sottoscritto attivatore della procedura, con la sottoscrizione della presente, conferisce espresso mandato all'Associazione ADR Camera Caritatis di procedere, in conformità al proprio Regolamento, all'esperimento della procedura di Mediazione finalizzata alla conciliazione della controversia insorta con la/le parte/i nei cui confronti la procedura è promossa. All'uopo autorizza espressamente ADR Camera Caritatis a contattare la/le parte/i nei cui confronti la procedura è promossa, al fine di ottenerne l'adesione, esonerandola da qualsivoglia responsabilità in merito all'utilizzo ed alla comunicazione dei dati e dei documenti conferiti. Il presente modulo e la documentazione allegata saranno trasmessi a discrezione della Segreteria di ADR Camera Caritatis alla parte nei cui confronti la procedura è proposta.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di accettare il Regolamento che disciplina la procedura, i costi del tentativo di conciliazione come da Tariffa ed i principi di comportamento, di cui ha preso visione. Il/La sottoscritto/a, altresì, si impegna a non chiamare, in un futuro e non auspicato processo giudiziario vertente sull'oggetto della presente istanza, il mediatore, l'eventuale ausiliario o tirocinante, o gli addetti alla segreteria né i responsabili dell'organismo.

Luogo e Data _____

Firma:

Informativa sulla Privacy

Informativa all'utente e all'associato per il trattamento dei dati personali ed acquisizione del consenso. La presente informativa viene resa ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 di cui al D.Lgs. 196/03 e nel totale rispetto dei diritti di cui all'Art. 7 del predetto D.Lgs. Si informa la S.V. che i dati personali da Ella forniti all'Associazione A.D.R. Camera Caritatis, nell'ambito dei rapporti professionali instaurandi o instaurati, verranno trattati nel pieno rispetto della normativa prevista dal D.Lgs 196/03 e degli obblighi di riservatezza previsti dalla Legge; pertanto l'Associazione si pregia di fornire alla S.V. la seguente informativa in merito alle modalità adottate per il trattamento dei dati da Voi conferiti:

1= Il trattamento dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari, è finalizzato esclusivamente alla corretta, completa e compiuta tutela dell'utente, dell'associato e del consumatore in genere, da effettuarsi con ogni mezzo legittimo per garantirne la tutela dei diritti.

I dati saranno trattati nell'ambito del mandato ricevuto e nel corretto e completo espletamento dello stesso, ai soli fini contabili, fiscali, contrattuali, nonché per l'espletamento

delle attività professionali afferenti al mandato ricevuto, così come previste nello Statuto dell'Associazione e nel Regolamento di procedura.

2= I dati personali conferiti saranno trattati con modalità tali da assicurarne la sicurezza e la riservatezza, nonché con quelle previste dall'Art. 4 lettera a) del D.Lgs 196/03, con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e comporterà la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati, anche se non registrati in una banca dati, anche con l'impiego e l'utilizzo di strumenti elettronici che rispondano a criteri qualitativi, quantitativi e temporali.

I dati trattati potranno essere diffusi o comunicati a terzi solo previo Vs. consenso o, nei casi tassativi in cui la legge preveda la comunicazione dei dati a terzi senza il preventivo consenso, senza l'acquisizione dello stesso.

3= Non v'è obbligo a Vs. carico di conferire i dati relativi a nome, cognome, data di nascita, residenza, domicilio e codice fiscale; tuttavia il conferimento dei dati è un atto necessario ai fini dell'espletamento del servizio ed, in particolare, della fornitura delle prestazioni da Lei richieste e previste nello Statuto dell'Associazione.

Il rifiuto al conferimento dei dati necessari all'espletamento del servizio o previsti dalla legge per l'adempimento degli obblighi fiscali, non consentirà, in tutto o in parte, l'espletamento del servizio e ne impedirà la corretta esecuzione.

4= I dati conferiti potranno essere comunicati, per il compimento delle finalità del trattamento indicate al capo 1), a collaboratori esterni, delegati, domiciliatari, parti, difensori di parte, medici, periti, consulenti, ausiliari, esperti e ad ogni altro soggetto cui sia necessario comunicare i dati ai fini del corretto e completo espletamento del mandato.

5=Pertanto, nell'ambito dell'espletamento del mandato ricevuto, l'Associazione, potendo dover trattare dati sensibili riguardanti la S.V., con la presente si pregia di chiederVi il consenso espresso per il trattamento degli stessi.

Si precisa che il trattamento dei dati sensibili avverrà nel pieno rispetto e nella totale osservanza degli Artt. 23 e 26 D.Lgs. 196/03 e che gli stessi verranno conservati per il periodo di tempo strettamente necessario all'espletamento del mandato.

6= Il Titolare del trattamento è il Presidente dell'Associazione, Dott. Giuseppe Gabriele, domiciliato per la carica presso la sede dell'Associazione sita in Campobello di Mazara (TP) nella Via Garibaldi al civico 99. Il Responsabile del trattamento è la Coordinatrice Dott.ssa Luisa Bondi, domiciliata per la carica presso la sede dell'Associazione sita in Campobello di Mazara (TP) nella Via Garibaldi al civico 99

Io, sottoscritto _____ dichiaro di aver preso visione e cognizione dell'informativa sulla Privacy.

Pertanto, avendo assunto piena e totale conoscenza di ciò che viene inteso con il termine “dati sensibili”, essendo pienamente consapevole che l'Associazione può dover effettuare trattamenti di dati sensibili afferenti la mia persona, predo il mio consenso per il trattamento, la comunicazione e la diffusione dei dati comuni, sensibili e giudiziari, limitatamente a quelli necessari alla completa esecuzione del servizio che l'Associazione presterà a mio favore.

Luogo e Data _____

Firma:

“Modello B”: Altre parti invitate

Allegato all'istanza di mediazione tra _____ e _____

Cognome e Nome (o ragione sociale) _____

Indirizzo/ Sede _____ città _____ CAP _____

P. IVA _____ Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Cognome e Nome (o ragione sociale) _____

Indirizzo/ Sede _____ città _____ CAP _____

P. IVA _____ Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Cognome e Nome (o ragione sociale) _____

Indirizzo/ Sede _____ città _____ CAP _____

P. IVA _____ Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Cognome e Nome (o ragione sociale) _____

Indirizzo/ Sede _____ città _____ CAP _____

P. IVA _____ Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Cognome e Nome (o ragione sociale) _____

Indirizzo/ Sede _____ città _____ CAP _____

P. IVA _____ Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Cognome e Nome (o ragione sociale) _____

Indirizzo/ Sede _____ città _____ CAP _____

P. IVA _____ Telefono _____ Fax _____

E-mail _____