



**MedArb** s.r.l.  
Amicable Dispute Resolution

Iscritta al n. 126 del registro degli organismi di mediazione a norma dell'art 38 D.lgs. 17 gennaio Confermata con P.D.G. del 19.10.2011  
iscritta al n. 126 dell'elenco degli enti di formazione previsti dall'art. 4 comma 3 del DM 23 luglio 2004 n. 222

DA TRASMETTERE A MEZZO RACC.TA A.R. O ANCHE A MEZZO PEC O FAX O CONSEGNARE A :  
MEDARB S.R.L.

VIA ON. F. NAPOLITANO, 35/37 I TRAV. PRIVATA RUSSO 80035 NOLA (NA) FAX 081/3653003  
MEDARB@LEGALMAIL.IT SITOWEB: WWW.MEDARB.IT

O PRESSO LA SEDE SECONDARIA DI \_\_\_\_\_

**ADESIONE ALLA DOMANDA DI CONCILIAZIONE**

IL SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE ALLA VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

COD. FISCALE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI IDENTITA' N° \_\_\_\_\_

LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA, O CONSULENTE CON MANDATO O DELEGA (da compilare solo nel caso in cui la parte richiedente sia un'impresa)  
I LEGALI RAPPRESENTANTI DI PERSONE GIURIDICHE DEVONO ALLEGARE ANCHE DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE I LORO POTERI  
(CERTIFICATO CAMERALE O DELIBERA DI NOMINA; ECC. ECC.)

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

**ADERISCE AL TENTATIVO DI CONCILIAZIONE**

PROPOSTO DA \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO N. \_\_\_\_\_

SEDE DI \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO A MEDARB NON SCRIVERE NELLA CASELLA SOTTOSTANTE

<b>MEDARB</b>	Tipologia _____
	N. protocollo _____ /MED del ____ / ____ / ____
	N. Procedimento _____ / _____

**ESPOSIZIONE DEI FATTI:**

SE LO SPAZIO NON È SUFFICIENTE SI PREGA DI PROSEGUIRE SU UN ALTRO FOGLIO

**ALLEGATI:**

SE LO SPAZIO NON È SUFFICIENTE SI PREGA DI PROSEGUIRE SU UN ALTRO FOGLIO

MANDATO AL LEGALE (obbligatorio ai sensi dell'art 8 D.lgs.28/2010 come modificato ed integrato dal D.L. n° 69/2013 convertito con legge 09.08.2013 N. 98)  
**da sottoscrivere da tutte le parti istanti**

**FIRME** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA AVVOCATO PER AUTENTICA MANDATO

**AVVOCATO** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO AVVOCATO** \_\_\_\_\_ **CAP/CITTA'** \_\_\_\_\_

**FAX** \_\_\_\_\_ **CELL.** \_\_\_\_\_ **TEL.** \_\_\_\_\_

**PEC** \_\_\_\_\_ **EMAIL:** \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO:**

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE, AI SENSI DELL'ART. 8, COMMA 1, D. LGS. 28/2010, COME MOD. E INT. DAL D.L. 21/06/2013 N. 69 CONV. CON L. 09.08.2013.N. 98, AL PRIMO INCONTRO E AGLI INCONTRI SUCCESSIVI, FINO AL TERMINE DELLA PROCEDURA, LE PARTI DEVONO PARTECIPARE CON L'ASSISTENZA DELL'AVVOCATO DICHIARA DI AVER LETTO E COMPILATO CON ATTENZIONE IL PRESENTE MODULO E DI ACCETTARE IL REGOLAMENTO DI MEDIAZIONE E LE INDENNITA' DI MEDARB S.R.L. DISPONIBILI SUL SITO WWW. MEDARB.IT

DICHIARA ALTRESI DI NON AVER AVVIATO LA MEDESIMA PROCEDURA PRESSO ALTRI ORGANISMI DI MEDIAZIONE E DI VOLER RICEVERE LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA PROCEDURA DI MEDIAZIONE ESCLUSIVAMENTE AI NUMERI DI FAX, CELLULARE (VIA SMS) ED E-MAIL FORNITI. PER LA PARTE ASSISTITA DA AVVOCATO LE COMUNICAZIONI SARANNO EFFETTUATE ESCUSIVAMENTE PRESSO I RECAPITI DELL'AVVOCATO

**LUOGO E DATA** \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

IL/LASOTTOSCRITTO/ANELTRASMETTEREIPROPRIDATIAMEDARBS.R.L.ACCONSENTEALLOROTRATTAMENTODAPARTEDELLASTESSA,NEL RISPETTODELLANORMATIVASULLAPROTEZIONEDEIDATIPERSONALI,LIMITATAMENTEQUANTONECESSARIOALL'ORGANIZZAZIONE E ALL'ESPLETAMENTODELTENTATIVODICONCILIAZIONE.DICHIARA,INOLTRE,DIESSEREINFORMATO/ADEIDIRITTICONFERITALL'INTERESSATO DELL'ART.7DELD.LGS.N.196/2003.TITOLAREDEIDATIE'MEDARBS.R.L.,CON SEDE IN VIA ON. F. NAPOLITANO 35/37 - NOLA (NA)

**LUOGO E DATA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**PAGAMENTI**

N.B.: AI SENSI DELL'ART. 5 DEL REGOLAMENTO DI PROCEDURA MEDARB, ALL'ISTANZA DOVRA' ESSERE ALLEGATA LA RICEVUTA DI VERSAMENTO DI €. 40,00 OLTRE IVA PER LE SPESE DI AVVIO DEL PROCEDIMENTO.

LE SPESE DIAVVIO DEL PROCEDIMENTO, OLTRE AL RIMBORSO DELLE SPESE COME DA TABELLA ALLEGATA AL REGOLAMENTO DI PROCEDURA, POTRANNO ESSERE CORRISPOSTE

- 1) MEDIANTE BONIFICO BANCARIO INTESSTATO A MEDARB S.R.L. CODICE IBAN IT34 C010 1040 0201 0000 0008 147  
CAUSALE DEL PAGAMENTO: SPESE AVVIO PROCEDIMENTO (NOME PARTE ISTANTE)
- 2) BANCOMAT PRESSO LE SEDI DELL'ORGANISMO 3)CONTANTI PRESSO LA SEGRETERIA DELLA SEDE PRINCIPALE