



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)

## 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 \_\_\_\_\_

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

Ente/Impresa \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_

Titolare /legale rapp. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov /Stato \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

CODICE DESTINATARIO: \_\_\_\_\_

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

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

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)

## 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					

- DICHIARA ex art. 4 D.lgs. 28/2010 che il Foro territorialmente competente è**  
\_\_\_\_\_
- DICHIARA di essere consapevole che la procedura di mediazione può tenersi in modalità telematica, unicamente su richiesta di entrambe le parti**

**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)

- Affitto d'azienda
- Comodato
- Condominio
- Contratti assicurativi
- Contratti bancari
- Contratti finanziari
- Danni da  
diffamazione
- Diritti reali
- Divisione
- Locazione
- Patti di famiglia
- Successione  
ereditaria
- Associazione in  
partecipazione
- Consorzio
- Franchising
- Contratti d'opera
- Contratti di rete
- Contratti di  
somministrazione
- Società di persone
- Subfornitura

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**

**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, \_\_\_\_\_ nella qualità di parte istante

**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 del proprio legale 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, che dovessero maturare, 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 Acorrispondere le indennità di mediazione, ove dovute

– congiuntamente al proprio legale di esonerare l'organismo da ogni responsabilità in caso di omessa convocazione delle parti in mediazione, qualora le parti da convocare non siano state regolarmente indicate dell'istanza di mediazione da parte del soggetto istante e del suo legale

– di esonerare l'organismo da ogni responsabilità relativa al contenuto riportato nella istanza medesima, sia in ordine all'oggetto, che alle richieste, che agli allegati, che alle parti da convocare,

Data    \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_    Firma della Parte

Firma dell'avvocato

**SPAZIO RISERVATO PER LA SEGRETERIA. DI MEDIAZIONE**

**DATA/ORA RIC. ISTANZA:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**N. PROT. ASSEGNATO** \_\_\_\_\_

**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: