

All'Organismo di Mediazione Medicina & Legalità
(iscrizione R.O.M. n°1022)

Il sottoscritto _____ nato a _____

residente in _____ via/piazza _____

n. civico ___ telefono _____ fax _____ cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

P. IVA/ Codice fiscale _____

Professione _____

Rappresentato da (da indicare nel caso in cui la parte intenda da farsi rappresentare)

nome _____ cognome _____

nato a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____

n. civico ___ telefono _____ fax _____ cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

P. IVA/ Codice fiscale _____

Professione _____

Assistito da

Avvocato

Praticante Avvocato con patrocinio giusta mandato in calce al presente modulo.

nome _____ cognome _____

con studio in via/piazza _____ n _____

Città _____ prov _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

all'**Organismo di Mediazione Medicina & Legalità** affinché
venga avviato il procedimento di mediazione

RISARCIMENTO DEL DANNO DERIVANTE DA RESPONSABILITA' MEDICA E SANITARIA

NEI CONFRONTI DI

nome _____ cognome _____

nato a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____

n. civico ___ telefono _____ fax _____ cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

P. IVA/ Codice fiscale _____

Professione _____

DESCRIZIONE DEI FATTI OGGETTO DELLA
CONTROVERSIA

Il **VALORE INDICATIVO** della controversia è di
€ _____ ed è stato determinato con i seguenti criteri

e, pertanto, chiede che l'incontro abbia luogo anche se la parte invitata abbia risposto di non voler aderire al tentativo di mediazione.

Rimette la scelta del Mediatore all'Organismo

INDICA quale mediatore da proporre alla controparte (purché iscritto al presente Organismo)

Il presente modulo sarà trasmesso, dalla Segreteria dell'Organismo di mediazione, alla parte nei cui confronti il tentativo è proposto, ovvero

L'istante si obbliga a trasmettere il presente modulo e la data del primo incontro all'altra parte entro 10 giorni dal deposito avendo cura di consegnare alla segreteria di **MEDICINA & LEGALITA'** copia dell'avvenuta spedizione.

DICHIARA

di aver ricevuto copia del Regolamento della procedura di mediazione conciliazione che sarà applicato dall'organismo, nonché il tariffario e di accettarne, senza riserva alcuna, il contenuto.

Firma _____

MANDATO

Il sottoscritto _____,

come sopra meglio identificato e domiciliato,

DELEGA

l'Avv./Dr. _____

con studio in via/piazza _____ n _____

città _____ prov _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____ PEC _____

ad assisterlo e rappresentarlo nella mediazione instauranda, rato sin d'ora il suo operato

AUTORIZZA

l'Organismo ad inviare qualsiasi comunicazione al proprio difensore a mezzo P.E.C., esonerandolo da ogni diversa comunicazione

Firma _____

Per autentica

Allega i seguenti DOCUMENTI:

**Informativa ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 cd. T.U. Privacy
(Codice in materia di protezione dei dati personali):**

Il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, dunque, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei spontaneamente forniti verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, per finalità istituzionali connesse o strumentali all'attività dell'organismo, per sottoporre alla Sua attenzione materiale informativo, pubblicitario o promozionale. 2. Il trattamento sarà effettuato attraverso modalità cartacee e/o informatizzate.

3. Il conferimento dei dati relativi a nome, cognome, indirizzo di posta elettronica è obbligatorio, al fine di poterLe offrire il servizio di informazioni di cui al punto 1) da Lei richiesto ed ha altresì lo scopo di informarLa ed aggiornarLa sull'attività dell'Organismo di mediazione di Catania.

4. Il titolare del trattamento è l'Organismo di mediazione MEDICINA & LEGALITA' dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Catania. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Dlgs. 196/2003, cd. T.U. privacy.

In caso di invio per posta o pec allegare copia di valido documento di identità personale e dell'avvenuto pagamento dei diritti di segreteria.