



**ISTANZA DI MEDIAZIONE IN MATERIA DI RISARCIMENTO DANNI  
PER RESPONSABILITÀ MEDICA**

Oggetto: \_\_\_\_\_

NUMERO DI INSTANTI: \_\_\_\_\_

NUMERO DI CONVENUTI: \_\_\_\_\_

**MATERIA DEL CONTENDERE:**

- Condominio
- Diritti reali
- Divisione
- Successioni ereditarie
- Patti di famiglia
- Locazione
- Comodato
- Affitto di aziende
- Risarcimento del danno derivante da responsabilità medica
- Risarcimento del danno derivante da diffamazione con mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità
- Contratti assicurativi
- Contratti bancari
- Contratti finanziari

**CATEGORIA DELLA MEDIAZIONE:**

- Demandata dal Giudice (materia obbligatoria)
- Demandata dal Giudice (materia non obbligatoria)
- Obbligatoria in quanto condizione di procedibilità
- Obbligatoria in quanto prevista da clausola contrattuale
- Volontaria Se si indicare altra natura della controversia: \_\_\_\_\_

Sede del tribunale territorialmente competente: \_\_\_\_\_

**il sottoscritto (ISTANTE)****(istante numero: )** **Persona fisica** **Persona Giuridica**

* Cod. fiscale: _____	** Cod. Fiscale: _____
Titolo: _____	** P.ta IVA: _____
* Nome: _____	* Rag. sociale: _____
* Cognome: _____	Sede in (località): _____
* Nato a: _____	* Provincia: _____
* Il: _____	* Comune: _____
* Residente a: _____	* CAP: _____
* Provincia: _____	* Indirizzo: _____
* CAP: _____	Telefono: _____
* Indirizzo: _____	Fax: _____
Telefono: _____	Cellulare: _____
Fax: _____	e-mail: _____
Cellulare: _____	PEC: _____
e-mail: _____	*Rappresentante: _____
PEC: _____	* Posizione: _____

**Rappresentato per il presente procedimento di mediazione da:**

* Cod. fiscale: _____	Titolo: _____
* Nome: _____	* Cognome: _____
* Studio in (Città): _____	* Provincia: _____
* Indirizzo: _____	* CAP: _____
Telefono: _____	Fax: _____
Cellulare: _____	e-mail: _____
PEC: _____	
Isritto all'Ordine di: _____	Al numero: _____

per mandato allegato alla presente istanza e domiciliato ai fini del presente procedimento presso il suo studio.

dichiara di voler ricevere le comunicazioni relative alla procedura di mediazione esclusivamente ai numeri di fax, cellulare ed e-mail ivi forniti;

dichiara di non aver prodotto più domande relative alla stessa controversia né presso questo organismo di mediazione né presso altri organismi di mediazione.

(Replicare questa pagina per ciascuna parte istante)

**nei confronti di (CONVENUTO):****(convenuto numero: )** **Persona fisica** **Persona Giuridica**

* Cod. fiscale: _____	** Cod. Fiscale: _____
Titolo: _____	** P.ta IVA: _____
* Nome: _____	* Rag. sociale: _____
* Cognome: _____	Sede in (località): _____
* Nato a: _____	* Provincia: _____
* Il: _____	* Comune: _____
* Residente a: _____	* CAP: _____
* Provincia: _____	* Indirizzo: _____
* CAP: _____	Telefono: _____
* Indirizzo: _____	Fax: _____
Telefono: _____	Cellulare: _____
Fax: _____	e-mail: _____
Cellulare: _____	PEC: _____
e-mail: _____	*Rappresentante: _____
PEC: _____	* Posizione: _____

**Rappresentato per il presente procedimento di mediazione da:**

* Cod. fiscale: _____	Titolo: _____
* Nome: _____	* Cognome: _____
* Studio in (Città): _____	* Provincia: _____
* Indirizzo: _____	* CAP: _____
Telefono: _____	Fax: _____
Cellulare: _____	e-mail: _____
PEC: _____	
Isritto all'Ordine di: _____	Al numero: _____

 **domiciliato ai fini del presente procedimento presso il suo studio.***(Replicare questa pagina per ciascuna parte convenuta)*

**PREMESSO CHE:**

1 - l'istante, affetto dalla seguente patologia:

---

si è rivolto al prof. dott.

---

per risolvere i suoi problemi fisici;

2 - il prof. dott.

---

ha prospettato la necessità di intervento chirurgico, che è stato effettuato in data :

---

3 - in seguito all'intervento, il sottoscritto ha subito i seguenti danni:

---

4 - il danno arrecato ammonta alle spese mediche sostenute per euro:

---

(si allegano fatture) ed al pregiudizio permanente subito consistente in punti permanenti di invalidità pari a:

---

e quantificabile in euro:

---

5 - la materia rientra fra quelle contemplate dall'articolo 5 del d.lgs. 28/2010 e s.m.i. e pertanto è obbligatorio il procedimento di mediazione a pena di improcedibilità della domanda giudiziaria;

**ciò premesso, la parte istante,**

**CHIEDE**

all’Organismo adito di avviare il procedimento di mediazione per risolvere la seguente controversia:  
(descrizione della controversia)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Valore della controversia: \_\_\_\_\_  
(Per le liti di valore indeterminato / indeterminabile suggerire comunque un valore indicativo)

valore indeterminato/indeterminabile

Documenti allegati:

---

---

---

---

---

**CHIEDE**

al responsabile dell’ufficio di designare il mediatore e fissare la data per l’incontro delle parti.

Dichiara di conoscere il regolamento dell'organismo scelto dalle parti ai sensi dell'articolo 3 del d.lgs. 28/2010 e chiede che ai sensi e gli effetti del menzionato articolo 3 il regolamento sia reso noto anche alla parte invitata.

Autorizza il trattamento dei dati personali, limitatamente a quanto necessario all'organizzazione ed all'esecuzione del procedimento di mediazione.

La parte sottoscritta dichiara che la presente istanza ha effetti interruttivi della prescrizione e autorizza l'organismo a darne comunicazione alla controparte.

Dichiara di conoscere che il conferimento dei dati è obbligatorio e di essere informato dei diritti conferiti agli interessati dall'articolo 7 del d.lgs. n. 196/2003.

La parte sottoscritta richiede ed espressamente autorizza l'organismo di mediazione A.D.R. C.E.L. S.r.l. a fissare il primo incontro e l'eventuale luogo della mediazione indicato dal mediatore.

Autorizza l'organismo a trasmettere copia dell'istanza alla controparte, nonché tutta la documentazione non secretata e depositata.

Conferma la correttezza dei dati anagrafici della parte convenuta, ivi forniti.

L’istante allega documento comprovante l’avvenuto versamento a titolo di spese di avvio di procedura, della somma pari a di euro 40,00, oltre IVA, per le liti di valore fino a 250.000,00 euro e di euro 80,00, oltre IVA, per quelle di valore superiore, oltre alle spese vive documentate, a mezzo bonifico bancario sul c/c intestato a:

**A.D.R. – C.E.L. S.r.l.**

Organismo di Conciliazione

accreditato al n. 370 Registro Organismi di Mediazione, Ministero della Giustizia

via On. F. Napolitano, 60 – 80034 – Nola – Napoli

BANCA: GENERALI

IBAN: IT42J0307502200CC8500354757

**Causale: Spese di avvio Conciliazione unilaterale tra**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(Vs Nome, Cognome o Ragione sociale - C. fiscale)*

*e*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(il Sig. Nome, Cognome o Ragione Sociale)*

Luogo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

L'istante / gli istanti:

È autentica: Avv.