



Istituto di Conciliazione  
e Alta Formazione



**ORGANISMO DI MEDIAZIONE – ISCRIZIONE MINISTERO DELLA GIUSTIZIA n.549**  
**ENTE DI FORMAZIONE – ISCRIZIONE MINISTERO DELLA GIUSTIZIA n.294**  
**CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9001:2008 – Certificato n.1134**  
**Ente accreditato per i servizi formativi di Regione Lombardia – n.949**

*Via Oldofredi 9 – 20124 Milano*  
*Telefono 02.67.07.18.77 – Fax 02.66.71.56.81*  
*e-mail info@istitutoicaf.it – www.istitutoicaf.it*  
*P.IVA 07378830967*

## MODULO DI ADESIONE

### PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE CIVILE AMMINISTRATO AI SENSI DEL D.LGS 28/2010 E S.M.I.

**Il sottoscritto (indicare con una "x"):**

- Parte convenuta
- Delegato / Procuratore di parte convenuta, in nome e per conto di: \_\_\_\_\_
- Assistente legale di parte convenuta, in nome e per conto di: \_\_\_\_\_

*In caso di più parti convenute, ciascuna parte deve compilare il presente modulo di adesione, anche se titolari del medesimo centro d'interesse ai sensi dell'art.16 del D.M. 180/2010 e s.m.i.*

*In caso il modulo venga compilato dal delegato/procuratore/assistente legale si prega di allegare delega o procura.*

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME / NOMI \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_

TEL FISSO \_\_\_\_\_ TEL CELLULARE \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Dichiara di partecipare al procedimento di mediazione n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ accettando sin d'ora il Regolamento dell'Organismo, il Codice Etico disponibili sul sito [www.istitutoicaf.it](http://www.istitutoicaf.it) senza riserva alcuna, obbligandosi a corrispondere le spese di avvio così come indicato nell'atto di convocazione e a inviare copia dell'attestazione di avvenuto bonifico (specificando nell'oggetto "n. procedimento mediazione – cognome e nome) all'indirizzo [info@istitutoicaf.it](mailto:info@istitutoicaf.it) o via fax al numero 02/66715681.

**Il pagamento delle spese di avvio rappresenta condizione essenziale perché la segreteria possa prendere atto dell'adesione che, in caso contrario, non verrà considerata.**

Unitamente al pagamento, è possibile allegare un testo che rappresenti la propria descrizione dei fatti ed eventuali documenti che saranno disponibili durante il primo incontro di mediazione.

**INDICARE DI SEGUITO I DATI PER LA FATTURAZIONE DELLE SPESE DI AVVIO:**

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (VIA, NUMERO CIVICO, CITTA', CAP): \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE / PARTITA IVA: \_\_\_\_\_

**Dichiaro di aver compreso le informazioni del presente documento e di aver inserito spontaneamente tutti i dati e le informazioni contenute all'interno del presente modulo.**

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma della parte convenuta / delle parti convenute

(eventuale) Firma dell'assistente  
o del rappresentante della parte convenuta / delle parti convenute

**PRIVACY**

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:

- 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
- Il trattamento sarà effettuato attraverso modalità cartacee e/o informatizzate.
- Il conferimento dei dati relativi a nome, cognome, indirizzo di posta elettronica è obbligatorio, al fine di poterLe offrire il servizio di informazioni da Lei richiesto ed ha altresì lo scopo di informarLa ed aggiornarLa sull'attività dell'Organismo di mediazione ICAF srl.
- Il titolare del trattamento è Organismo di mediazione ICAF srl, con sede legale in Milano, via Oldofredi n.9.
- 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 particolare Lei potrà chiedere di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarla; di ottenere senza ritardo la comunicazione in forma intellegibile dei medesimi dati e della loro origine, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni predette sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Esprimo espressamente il consenso affinché i dati personali possano essere trattati dall'Organismo di mediazione ICAF srl quale titolare del trattamento, nel rispetto della legge sopra richiamata, per gli scopi indicati, ed affinché gli stessi possano essere oggetto di comunicazione ai soggetti e per le finalità dichiarati.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma della parte istante / delle parti istanti

(eventuale) Firma dell'assistente  
o del rappresentante della parte istante / delle parti istanti