



ORGANISMO DI MEDIAZIONE – Iscrizione Ministero della Giustizia n.549
ENTE DI FORMAZIONE – Iscrizione Ministero della Giustizia n.294
Accreditato alla Regione Lombardia per i servizi formativi n.949
Ente con SGQ certificato ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2015 – Certificato n.1134

Via Oldofredi 9 – 20124 Milano
t 02.67.07.18.77 – f 02.66.71.56.81
info@istitutoicaf.it – istitutoicaf@pec.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 _____ (campo obbligatorio)

NOME / NOMI _____ (campo obbligatorio)

CODICE FISCALE _____ (campo obbligatorio) 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 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 (oggetto “n.procedimento mediazione – cognome e nome) all'indirizzo info@istitutoicaf.it o via fax allo 02/66715681.

COORDINATE BANCARIE: ICAF – ISTITUTO DI CONCILIAZIONE E ALTA FORMAZIONE ICAF, IBAN IT78D050340173200000000707 - Banco BPM.

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 (*campo obbligatorio):

*COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE: _____

*INDIRIZZO (VIA, NUMERO CIVICO, CITTA', CAP): _____

*CODICE FISCALE / PARTITA IVA: _____

CODICE UNIVOCO e/o PEC _____

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

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali n.2016/679 e nel rispetto del "Considerando 32", il sottoscritto rilascia a ICAF il consenso al trattamento dei propri 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. Le forniamo quindi 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 di ICAF, per sottoporre alla Sua attenzione materiale informativo, pubblicitario o promozionale esclusivamente da parte di ICAF*
- *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 di ICAF srl.*
- *Il titolare del trattamento è ICAF – ISTITUTO DI CONCILIAZIONE E ALTA FORMAZIONE srl, con sede legale in Milano, via Oldofredi n.9, partita iva 07378830967*
- *In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, in particolare Lei potrà chiedere di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarla; di ottenere la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati; l'aggiornamento, la rettifica 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.*

Luogo _____

Data ____/____/____

Firma della parte convenuta / delle parti convenute _____

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