



Camera di Conciliazione M.A.P. srl Soc. Unip.

Iscritta al n. 1050 del R.O.M. tenuto presso il Ministero della Giustizia

➤ **Parte convocata:** Persona Fisica Persona Giuridica

Cognome/Denom. _____

Nome _____

C.F./P.Iva _____ Nato/a in _____ il _____

Res./Sede Legale _____ Via _____ Cap _____

Tel./Cell. _____ Mail/PEC _____

assistita da

Avv. _____ Studio in _____ Via _____

Tel./Cell. _____ PEC _____

- Se presenti: ulteriori parti convocate n. _____ (compilare ed allegare modulo "B").

Alliegare all'istanza di Mediazione il doc. di identità, codice fiscale della/e parte/i istante/i e se presenti i moduli "A" e/o "B" ed eventuale procura notarile o atto di delega. Non allegare o inviare a mezzo posta elettronica ulteriori documenti contenenti altri dati sensibili: questi infatti, attengono al merito della controversia e potranno essere prodotti direttamente alla controparte durante gli incontri di Mediazione.

Modalità di convocazione: PEC Racc. a/r Ufficiale Giudiziario

L'istanza va depositata nella PEC: mapsrl@pec.cgn.it o nella sede dell'Organismo. Le spese di avvio da corrispondersi al momento del deposito, sono di € 48,80 per liti di valore fino ad € 250.000 ed € 97,60 per valori superiori, oltre spese. Se al primo incontro la parte convocata non dovesse comparire, verrà redatto verbale di mancato accordo per assenza di parte e l'istante dovrà versare l'ulteriore somma di € 48,80, per il primo scaglione e di € 61,00, per gli altri scaglioni predeterminati nel D.M. 180/2010 e succ. mod.

Ragioni della pretesa e richieste: _____

RAGUSA **CATANIA** **CALTANISSETTA** **VITTORIA** **COMISO** **ISPICA**
Via Gattamelata, 6 Via Guerrera, 26 Via Santa Lucia, 14 Via Bari, 57 V.le Europa, 8 Via Cavallotti, 35

Sede Legale: Viale Europa, 8 – 97013 Comiso - Tel. 393 7128601

Email: info@conciliamap.com - PEC: mapsrl@pec.cgn.it - Sito Web: www.ConciliaMAP.com

C.f. e P. Iva 01622460887 - Capitale Sociale euro 10.000,00 interamente versato.



Camera di Conciliazione M.A.P. srl Soc. Unip.

Iscritta al n. 1050 del R.O.M. tenuto presso il Ministero della Giustizia

si allega ulteriore pagina contenente le ragioni della pretesa e le richieste meglio specificate.

Valore controversia Euro: _____ Mediatore Sugerito: _____

I pagamenti vanno effettuati in contanti o con assegno o mediante bonifico bancario intestato a: Camera Di Conciliazione M.A.P. Srl Soc. Unip. – iban: IT 98 I 05036 84451 CC0151142461 – Banca Agricola Popolare di Ragusa, Ag. Di Comiso – C.so Ho Chi Min, 38/C.

Il/gli Istante/i dichiara/no di non aver avviato la medesima Procedura di Mediazione presso altri Organismi e di eleggere domicilio presso lo Studio Professionale del proprio Avvocato o in mancanza, di voler ricevere le comunicazioni ai recapiti forniti. Dichiaro/no, altresì, di aver preso visione del regolamento di procedura e delle indennità dovute alla Camera Di Conciliazione M.A.P. Srl Soc. Unip., (documenti depositati presso il Ministero della Giustizia, richiedibili nella sede legale dell'Organismo o sul sito web: www.ConciliaMAP.com), e di accettarle senza riserve. Dette indennità di mediazione, devono essere corrisposte, solidalmente dalle parti e per intero entro l'incontro conclusivo, pena il mancato rilascio del verbale. È responsabilità esclusiva della parte istante l'assoggettabilità della controversia alla procedura di Mediazione, la specificazione dell'oggetto, delle ragioni della pretesa, l'individuazione delle parti da convocare, la determinazione del valore della controversia, la forma ed il contenuto di un eventuale atto di delega ad un proprio rappresentante, e ogni altra dichiarazione che venga fornita all'Organismo e al Mediatore dal deposito dell'istanza alla conclusione della procedura.

Privacy: il/i sottoscritto/i dichiara/no di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali comuni ed eventualmente sensibili, (disponibile presso la sede legale dell'Organismo, sul sito web predetto o richiedibile a mezzo mail), ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 e di:

Autorizzarne il trattamento.

Non autorizzarne il trattamento.

Il conferimento dei dati relativi a nome, cognome, codice fiscale, residenza ed indirizzo di posta elettronica è obbligatorio ai fini dello svolgimento dell'attività finalizzata all'organizzazione ed espletamento della procedura di Mediazione, oltre che per l'adempimento degli obblighi fiscali e di legge.

Luogo e Data: _____

Firma parte Istante: _____

Vera la superiore firma, **Avv.** _____

Spazio riservato alla Segreteria della Camera di Conciliazione M.A.P. srl Soc. Unip.

Istanza Proc. Reg. Gen. n. _____ / _____ depositata

a mani nella Sede di _____

a mezzo PEC in data: _____ / _____ / _____, alle ore: _____:_____.

RAGUSA **CATANIA** **CALTANISSETTA** **VITTORIA** **COMISO** **ISPICA**
Via Gattamelata, 6 *Via Guerrera, 26* *Via Santa Lucia, 14* *Via Bari, 57* *V.le Europa, 8* *Via Cavallotti, 35*

Sede Legale: Viale Europa, 8 – 97013 Comiso - Tel. 393 7128601

Email: info@conciliamap.com - PEC: mapsrl@pec.cgn.it - Sito Web: www.ConciliaMAP.com

C.f. e P. Iva 01622460887 - Capitale Sociale euro 10.000,00 interamente versato.



Camera di Conciliazione M.A.P. srl Soc. Unip.

Iscritta al n. 1050 del R.O.M. tenuto presso il Ministero della Giustizia

MODULO "A" – EVENTUALI ALTRE PARTI ISTANTI

Compilare solo in presenza di altre parti istanti oltre la prima.

(Se necessario è possibile fotocopiare ed allegare più moduli "A" in base al numero delle parti, denominandoli: bis, ter...).

➤ **Ulteriore Parte Istante:** Persona Fisica Persona Giuridica

Cognome/Denom. _____

Nome _____

C.F./P.Iva _____ Nato/a in _____ il _____

Res./Sede Legale _____ Via _____ Cap _____

Tel./Cell. _____ Mail/PEC _____

assistita da

Avv. _____ Studio in _____ Via _____

Tel./Cell. _____ PEC _____

Luogo e Data: _____

Firma parte Istante: _____

Vera la superiore firma, Avv. _____

➤ **Ulteriore Parte Istante:** Persona Fisica Persona Giuridica

Cognome/Denom. _____ Nome _____

C.F./P.Iva _____ Nato/a in _____ il _____

Res./Sede Legale _____ Via _____ Cap _____

Tel./Cell. _____ Mail/PEC _____

assistita da

Avv. _____ Studio in _____ Via _____

Tel./Cell. _____ PEC _____

Luogo e Data: _____

Firma parte Istante: _____

Vera la superiore firma, Avv. _____

RAGUSA CATANIA CALTANISSETTA VITTORIA COMISO ISPICA 4
Via Gattamelata, 6 Via Guerrera, 26 Via Santa Lucia, 14 Via Bari, 57 V.le Europa, 8 Via Cavallotti, 35

Sede Legale: Viale Europa, 8 – 97013 Comiso - Tel. 393 7128601

Email: info@conciliamap.com - PEC: mapsrl@pec.cgn.it - Sito Web: www.ConciliaMAP.com

C.f. e P. Iva 01622460887 - Capitale Sociale euro 10.000,00 interamente versato.



Camera di Conciliazione M.A.P. srl Soc. Unip.

Iscritta al n. 1050 del R.O.M. tenuto presso il Ministero della Giustizia

MODULO “B” – EVENTUALI ALTRE PARTI CONVOCATE

Compilare solo in presenza di altre parti convocate oltre la prima.

(Se necessario è possibile fotocopiare ed allegare più moduli “B” in base al numero delle parti, denominandoli: bis, ter...).

➤ **Ulteriore Parte Convocata:** Persona Fisica Persona Giuridica

Cognome/Denom. _____

Nome _____

C.F./P.Iva _____ Nato/a in _____ il _____

Res./Sede Legale _____ Via _____ Cap _____

Tel./Cell. _____ Mail/PEC _____

assistita da

Avv. _____ Studio in _____ Via _____

Tel./Cell. _____ PEC _____

➤ **Ulteriore Parte Convocata:** Persona Fisica Persona Giuridica

Cognome/Denom. _____

Nome _____

C.F./P.Iva _____ Nato/a in _____ il _____

Res./Sede Legale _____ Via _____ Cap _____

Tel./Cell. _____ Mail/PEC _____

assistita da

Avv. _____ Studio in _____ Via _____

Tel./Cell. _____ PEC _____

RAGUSA	CATANIA	CALTANISSETTA	VITTORIA	COMISO	ISPICA	5
Via Gattamelata, 6	Via Guerrera, 26	Via Santa Lucia, 14	Via Bari, 57	V.le Europa, 8	Via Cavallotti, 35	

Sede Legale: Viale Europa, 8 – 97013 Comiso - Tel. 393 7128601

Email: info@conciliamap.com - PEC: mapsrl@pec.cgn.it - Sito Web: www.ConciliaMAP.com

C.f. e P. Iva 01622460887 - Capitale Sociale euro 10.000,00 interamente versato.