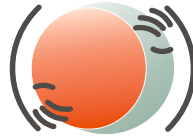


Depositato il \_\_\_\_\_  
Alle ore \_\_\_\_\_



## **CAMERA di CONCILIAZIONE FORENSE di NUORO**

**Dipartimento dell'Ordine degli Avvocati di Nuoro - Accreditato nel Registro del Ministero di Grazia e Giustizia al n. 324**  
**Palazzo di Giustizia, Via L. Da Vinci, 17, 08100 Nuoro**  
Tel. e fax 0784 37441; mail: conciliazioneforensenuoro@gmail.com;  
pec: conciliazioneforensenuoro@legalmail.it

### **DOMANDA DI MEDIAZIONE IN MATERIA SANITARIA**

**PROC. N.** \_\_\_\_\_

#### **Dati relativi alla/al paziente:**

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

#### **Dati relativi alla persona che presenta la domanda (da compilare soltanto se diversa/o dal/dalla paziente):**

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Dati relativi all'avvocato che assisterà la parte nel procedimento :**

Assistito dall'Avvocato (giusta delega che segue) \_\_\_\_\_ ;

Con Studio in Via/piazza \_\_\_\_\_ ;

n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ ;

Cellulare \_\_\_\_\_ ;

Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ ;

Pec \_\_\_\_\_ ;

*Delega per l'assistenza in mediazione*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, come sopra meglio identificato e domiciliato,

**DELEGA**

l'Avv. / Dr. \_\_\_\_\_ del Foro di \_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_ ad assisterlo nella procedura di mediazione instauranda in conformità alle disposizioni normative vigenti. Delego altresì l'Avvocato agli adempimenti riguardanti il deposito della presente istanza e al ritiro del verbale conclusivo della procedura. Con elezione di domicilio presso il suo studio.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Eventualmente rappresentato da** ( indicare nel caso in cui la parte intenda farsi sostituire all'incontro / agli incontri di mediazione da terze persone)

Nome o Ragione Sociale	
Nato a - Il	
Residenza /Sede Legale	
Telefono	
Fax	
Cellulare	
e-mail	
P. IVA/ Codice Fiscale	

Al quale il sottoscritto \_\_\_\_\_ come sopra generalizzato, delega i poteri di rappresentanza sostanziale nella procedura di mediazione instauranda conferendogli ogni più ampio potere di negoziare i diritti sottesi alla controversia, compreso il potere di rinunciare alla procedura, di parteciparvi, aderendo al primo incontro e ai successivi, e, se lo riterrà, alla trattazione della procedura, di sottoscrivere in sua vece e conto i verbali di mediazione, i moduli di riservatezza, le schede di valutazione del servizio e il verbale di mancato accordo ovvero di raggiunto accordo e il conseguente accordo di conciliazione.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**RICHIESTE L'AVVIO DELLA PROCEDURA DI MEDIAZIONE EX D. LGS. n. 28/2010**

- come condizione di procedibilità
- come da invito del giudice
- come da clausola contrattuale
- volontaria

**NEI CONFRONTI DI**

**Medico /i**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo completo se conosciuto (indispensabile in caso di medici privati)

\_\_\_\_\_

**Struttura sanitaria pubblica o privata, presso la quale il medico presta la propria attività professionale**

Denominazione \_\_\_\_\_ Indirizzo

\_\_\_\_\_ Reparto di appartenenza del medico/i

Succitato \_\_\_\_\_

**Laboratorio di analisi o studio di radiologia**

Deominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Produttori o distributori di prodotti sanitari**

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Altro**

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Dichiaro di volersi avvalere del disposto di cui all'Art. 15 del Regolamento della Camera di Conciliazione Forense.

**MOTIVO DELL'AZIONE DI RISARCIMENTO DEI DANNI**

- una o più attività sanitarie (presunto errore medico nella diagnosi o terapia)**
- consenso informato**
- difettosità del prodotto o ritiro del mercato**
- altro**

**Data/e degli atti medici all'origine del danno**

**Indicazione dell'eventuale procedimento civile in corso per il risarcimento dei danni**

Promosso in data \_\_\_\_\_

Davanti al Tribunale di \_\_\_\_\_

Sezione \_\_\_\_\_

Giudice \_\_\_\_\_

Stato del procedimento \_\_\_\_\_

Data della prossima audienza \_\_\_\_\_

La parte istante allega alla presente domanda :

- una descrizione dettagliata del **fatto avvenuto**, spiegando **in che cosa consiste l'errore medico e/o l'incompleta o mancata informazione**, cioè a quale comportamento attivo od omissivo del medico è dovuto il danno subito;
- una specificazione delle **voci di danno patrimoniale e non, indicando in che cosa consistono, ed i criteri per la loro quantificazione**;
- tutta la documentazione, in particolare medica, utile a ricostruire il fatto e a illustrare **l'errore medico e/o l'incompleta o mancata informazione**.

**VALORE INDICATIVO DELLA CONTROVERSIA Euro** \_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione :

**ALLEGATI:**

**A) DOCUMENTI OBBLIGATORI**

- Copia leggibile documento di identità e codice fiscale di tutti i richiedenti;
- Copia bonifico di pagamento delle spese di avvio della procedura (€ 40,00 + IVA = 48,80 per i procedimenti il cui valore sia contenuto entro € 250.000,00; € 80,00 + IVA = 97,60 per i procedimenti di valore superiore);
- In caso di richiesta di gratuito patrocinio, copia istanza gratuito patrocinio depositata presso il COA;
- Copia del provvedimento del Giudice che delega / domanda in mediazione;

**B) DOCUMENTI CHE POSSONO ESSERE ACCESSIBILI ALLE PARTI:**

- 
- 
- 

**C) DOCUMENTI RISERVATI ALL'ESAME DEL SOLO MEDIATORE, ai sensi dell'art. 6 comma 3 del regolamento dell'OMF di Nuoro, che devono essere inseriti in busta chiusa allegata alla presente istanza:**

- 
- 
- 

**ATTENZIONE** : tutti i pagamenti dovranno essere effettuati solo dalle parti della procedura e non dagli Avvocati in assistenza, a mezzo bonifico bancario intestato a :

**CAMERA DI CONCILIAZIONE FORENSE NUORO - ORGANISMO DI MEDIAZIONE**

**BANCA UNIPOL FILIALE di NUORO**

Numero C/C 0000002385 - IBAN IT62 D031 2717 3000 0000 0002 385.

ovvero a mezzo POS presso la Segreteria della Camera di Conciliazione Forense.

**DATI PER LA FATTURAZIONE**

- persona fisica
- persona giuridica

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ / Denominazione

\_\_\_\_\_ Indirizzo / Sede \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale / Partita IVA

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare

\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto/i inoltre

### DICHIARA/NO

- di aver preventivamente verificato la competenza territoriale della controversia di cui alla presente istanza in relazione al dettato dell'articolo 4, primo comma, D.lgs. n. 28/2010, come modificato dalla legge 98/2013, e, di conseguenza, esonera l'Organismo di mediazione da ogni indagine e/o eventuale responsabilità al riguardo;
- di essere a conoscenza dell'obbligo *ex lege* di essere assistito da un avvocato per tutta la durata della procedura;
- di essere a conoscenza che l'istante potrà trasmettere la presente istanza e la documentazione allegata alle parti nei cui confronti il tentativo è proposto, a proprie cure e spese potendo altresì usufruire del servizio di spedizione curato dalla Segreteria della Camera di Conciliazione, al costo di € 5 + IVA (con l'aggiunta di € 1 + IVA per i chiamati successivi al primo), oltre il rimborso del costo della raccomandata. Resta inteso che qualora le spedizioni dovessero essere curate dagli istanti dovrà essere indicata, quale mittente la Camera di Conciliazione, secondo la prassi in uso;
- di aver letto il Regolamento del procedimento di mediazione e il documento di prassi operativa dell'Organismo di Mediazione e di accettarne, senza riserva alcuna, il contenuto;
- di aver preso visione del tariffario, che sarà applicato dall'Organismo di mediazione e di accettarlo senza alcuna riserva;
- di essere a conoscenza che alle parti che corrispondono le indennità di mediazione dovrebbe essere riconosciuto un credito di imposta commisurata all'indennità stessa, fino a concorrenza di € 500,00, determinato da quanto disposto dai commi 2 e 3 dell'art. 20 del D.lgs. n. 28/2010. In caso di insuccesso della mediazione il credito dell'imposta è ridotto alla metà;
- di essere stato informato delle agevolazioni fiscali di cui agli artt. 17 e 20 del D.lgs. n. 28/2010;
- di essere a conoscenza che dalla mancata partecipazione, senza giustificato motivo, al procedimento di mediazione, secondo il dettato art. 8, comma 4-bis, del D.lgs. n. 28/2010, il giudice, nell'eventuale successivo giudizio, può desumere argomenti di prova ai sensi dell'art. 116, secondo comma c.p.c. e che il giudice condanna la parte costituita che, nei casi previsti dall'articolo 5, non ha partecipato al procedimento senza giustificato motivo, al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il giudizio.
- Di aver ricevuto **Informativa** ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 cd. T.U. Privacy (Codice in materia di protezione dei dati personali) come di seguito:

“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 della Camera di Conciliazione Forense Nuoro, Dipartimento del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Nuoro.

4. Il titolare del trattamento e la Camera di Conciliazione Forense Nuoro, Dipartimento del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Nuoro, con sede in Nuoro, Via Leonardo da Vinci n. 17, P.IVA 01382310918. 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 (dalla Camera di Conciliazione Forense Nuoro, Dipartimento del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Nuoro, 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 \_\_\_\_\_ .

\*\*\*\*\*

Si chiede specificamente che sia la Segreteria a provvedere, direttamente, alla trasmissione delle comunicazioni di convocazione alle parti chiamate. Si dichiara di accettare le condizioni e il costo del servizio, fissato in € 5,00 + IVA (da maggiorare di € 1,00 + IVA per ogni chiamato superiore al primo) cui andrà a sommarsi il rimborso della spesa delle raccomandate. Si allegano tante copie dell'istanza e dei moduli di adesione in bianco, rigorosamente stampati in modalità fronte/retro, quante sono le parti chiamate, le buste compilate, le ricevute e le fogline per le raccomandate, anch'esse debitamente compilate. Si provvederà, a semplice richiesta, a rimborsare immediatamente la somma anticipata dalla Camera di Conciliazione, attraverso bonifico bancario o POS.

Firma \_\_\_\_\_

*ATTENZIONE: il servizio di spedizione diretta non è operativo con riferimento alle procedure in termini di scadenza. Dunque, a titolo esemplificativo, la Segreteria non offrirà il servizio per le procedure di impugnazione delle delibere assembleari condominiali, delle delegate/demandate con assegnazione dei termini per l'attivazione delle procedure e altre.*