



Ordine dei Medici della
Provincia di Palermo

CAMERA DI CONCILIAZIONE

DOMANDA

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il
_____, residente in _____, Via/Piazza
_____, C.A.P. _____, codice fiscale
_____, recapito telefonico _____
cell. _____, indirizzo email _____ fax
_____, assistito/a dall'Avv. _____,
con studio in _____

CHIEDE DI PROMUOVERE UN TENTATIVO DI CONCILIAZIONE NEI CONFRONTI DI

PERSONA FISICA: _____, nato a
_____ il _____, residente in _____, Via/Piazza
_____, C.A.P. _____, codice fiscale
_____, recapito telefonico _____
cell. _____, indirizzo email _____ fax
_____, in servizio presso _____

PERSONA GIURIDICA: _____, con sede
in _____, Via/Piazza _____, C.A.P. _____,
Partita iva _____, recapito telefonico
_____, indirizzo email _____,
fax _____

ALTRI: _____

PER LA SEGUENTE CONTROVERSIA

VALORE DELLA CONTROVERSIA

Euro _____

LA DOMANDA DOVRA' CONTENERE I SEGUENTI PUNTI

- 1) Esposizione sommaria dei fatti;
- 2) Le ragioni del contendere;
- 3) Gli elementi di prova;
- 4) Consulenza medico-legale di parte e/o documentazione medica;
- 5) Eventuali ulteriori atti e documenti.

Allegati:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto copia del Regolamento della Camera di Conciliazione, del relativo tariffario, e di accettarne il contenuto.

Palermo, _____

Firma leggibile dell'istante _____

Il/La sottoscritto/a s'impegna in ipotesi di conciliazione positiva della superiore controversia a rinunciare a qualsiasi azione legale, sia civile sia penale, anche se già pendente.

Palermo, _____

Firma leggibile dell'istante _____

Il/La sottoscritto/a autorizza la Camera di Conciliazione al trattamento dei dati personali necessari ai fini dell'espletamento del tentativo di conciliazione. Dichiara di avere preso visione e di essere informato/a dei

diritti dell'interessato ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003. Il titolare del trattamento è la Camera di Conciliazione di Palermo, con sede presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Palermo, Via Rosario da Partanna n. 22 cap 90146 Palermo

Palermo, _____

Firma leggibile dell'istante _____

CAMERA DI CONCILIAZIONE
Via Rosario da Partanna n. 22 - 90146 Palermo
Tel. 091/6710220 - Fax 091 6710401 - email _____