

# DOMANDA DI MEDIAZIONE IN AMBITO SANITARIO

Spettabile  
**ORGANISMO DI MEDIAZIONE  
DELL'ORDINE DEGLI AVVOCATI DI CREMONA**  
**26100 – CREMONA – Corso Vittorio Emanuele II, 21**  
**TEL. 0372/27117 - FAX 0372/25749**

Organismo presso il Tribunale di Cremona – art. 18 D.Lgs 28/2010,  
iscritto al n. 1049 del Registro degli Organismi di Mediazione istituito  
presso il Ministero della Giustizia

[mediazione@ordineavvocaticremona.it](mailto:mediazione@ordineavvocaticremona.it)  
[mediazioneordineavvocaticremona@pec.it](mailto:mediazioneordineavvocaticremona@pec.it)

## PARTE ISTANTE

### 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 \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

### Dati relativi all'avvocato che assisterà la parte nel procedimento con specifica procura:

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

Indirizzo \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

Recapito per notificazioni/comunicazioni (solo se diverso dall'indirizzo di cui sopra)

---

**CHIEDE DI CHIAMARE IN MEDIAZIONE EX D. LGS. n. 69/13**

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

**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**

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Produttori o distributori di prodotti sanitari**

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Altro**

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**DICHIARA ex art. 4 Dlgs 69/13 che il Foro territorialmente competente per l'eventuale azione giudiziaria è \_\_\_\_\_**

## 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**

---

INDICARE BREVEMENTE LE RAGIONI DELLA PRETESA :

### 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 udienza \_\_\_\_\_

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:

**Nota Bene:** si ricorda di segnalare alla Segreteria i documenti che si intendono riservare all'attenzione del solo conciliatore.

#### **DICHIARAZIONI DELLA PARTE ISTANTE**

Ai fini dell'instaurazione del procedimento, la parte istante dichiara altresì quanto segue:

- a) di esonerare i medici ed i responsabili della struttura sanitaria dal dovere del segreto professionale nei confronti del mediatore, del mediatore ausiliario e/o esperto, del Servizio di Medicina Legale o della Direzione sanitaria aziendale, comprensoriale od ospedaliera nonché della Compagnia di assicurazione;
- b) di autorizzare i medici e la struttura sanitaria a consegnare al mediatore su semplice richiesta di quest'ultimo, tutta la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie erogate a favore della/del paziente;
- c) di essere stata informata sulla possibilità di farsi rappresentare o assistere nel procedimento davanti al mediatore da una persona di sua fiducia;
- d) di aver preso visione sia del regolamento e del Tariffario dell'ODM disponibile sul sito [www.ordineavvocaticremona.it](http://www.ordineavvocaticremona.it) sia delle spese di mediazione e di accettarne integralmente i contenuti. Corrisponde il contributo forfettario di Euro 40,00 oltre IVA oppure di Euro 80,00 oltre Iva, se valore della controversia superiore ad € 250.000,00 per spese amministrative per predisposizione ed invio comunicazioni, rilascio copie dei verbali, come da Regolamento. Ove la parte voglia provvedere autonomamente, deve farne espressa richiesta all'Organismo al momento della presentazione della domanda, fermi restando i costi che potranno essere richiesti per singoli incombenti. Consapevole di dover versare, in caso di inizio della procedura di mediazione, le spese di mediazione entro la data fissata per l'incontro.

e) di accettare inoltre di farsi carico delle spese dell'esperto nominato dal mediatore, se, dopo l'accordo delle parti di acquisire un parere, la parte istante decida per qualsiasi motivo di non proseguire il procedimento davanti all'ODM;

f) di far sapere al mediatore che la controversia sia stata risolta, se la questione per cui è stato avviato il procedimento davanti all'ODM si concluda, al di fuori del procedimento, con il raggiungimento di un accordo stragiudiziale fra le parti.

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

Firma della parte  
Firma dell'avvocato

### **CONSENSO AI SENSI DEL D. LGS. N. 196/2003 e successive modifiche**

Il/la sottoscritto/a, consapevole che il titolare del trattamento è il Consiglio dell'Ordine di Cremona autorizza e acconsente al trattamento automatizzato e/o manuale dei miei dati per la finalità della presente richiesta, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, con la possibilità di esercitare i diritti sanciti agli artt. 15-22 del Regolamento UE n. 2016/679 e conformemente alla privacy policy pubblicata sul sito dell'Ordine stesso. In particolare, acconsente al trattamento di dati particolari così come definiti dall'art. 9 del citato regolamento. I dati non saranno trasferiti in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_      Firma: