

# DOMANDA DI MEDIAZIONE IN AMBITO MEDICO E SANITARIO

Spettabile

**ORGANISMO DI MEDIAZIONE  
DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI AVVOCATI DI PAVIA**  
**27100 PAVIA- Piazza Tribunale - TEL. 0382308010 - FAX 038225076**  
Organismo presso il Tribunale di Pavia – art. 18 D.Lgs 28/2010,  
iscritto al n. 477 del Registro degli Organismi di Mediazione istituito presso il Ministero della Giustizia  
[mediazione@ordineavvocatipavia.it](mailto:mediazione@ordineavvocatipavia.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 \_\_\_\_\_

### **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 con specifica procura:**

Nome e  
cognome

\_\_\_\_\_

Indirizzo

\_\_\_\_\_

Telefono

\_\_\_\_\_

Cellulare

\_\_\_\_\_

Fax

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RICHIEDE 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**

Denominazione

\_\_\_\_\_

Indirizzo

\_\_\_\_\_

- Produttori o distributori di prodotti sanitari**

Denominazione

\_\_\_\_\_

Indirizzo

\_\_\_\_\_

- Altro**

Denominazione

\_\_\_\_\_

Indirizzo

\_\_\_\_\_

## 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 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.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Regolamento e del Tariffario di questo organismo di conciliazione, di accettarne integralmente i contenuti. Corrisponde per le spese di avvio del procedimento l'importo di euro 40,00 (oltre IVA). Al primo incontro, in caso di avvio del procedimento, l'indennità di mediazione dovrà essere corrisposta per intero.

## **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) che sulla questione oggetto del procedimento davanti al mediatore non è già stata pronunciata sentenza civile o penale, passata in giudicato, da parte dell'autorità giudiziaria ordinaria, che non è pendente un procedimento giudiziario penale davanti all'autorità medesima, e che la controversia non è stata risolta in via transattiva;
- d) di essere stata informata sulla possibilità di farsi rappresentare o assistere nel procedimento davanti al mediatore da una persona di sua fiducia;
- e) di aver preso visione sia del regolamento dell'OdM del COA di Pavia disponibile sul sito [www.ordineavvocatipavia.it](http://www.ordineavvocatipavia.it) sia dei costi del procedimento di mediazione e di accettarli espressamente, riconoscendo il relativo debito nei confronti dell'OdM del COA di Pavia;
- f) 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 del COA di Pavia;
- g) di far sapere al mediatore che la controversia sia stata risolta, se la questione per cui è stato avviato il procedimento davanti all'OdM del COA di Pavia si concluda, al di fuori del procedimento, con il raggiungimento di un accordo stragiudiziale fra le parti.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma

### **Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196:**

Titolare dei dati è l'ODC. I dati forniti verranno trattati dall' Organismo di Conciliazione Forense di Milano anche in forma elettronica allo scopo di trovare una soluzione stragiudiziale di una controversia relativa ad una o più attività sanitarie o al consenso informato.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi. In caso di rifiuto non si potrà dar seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate.

Su richiesta ai sensi degli articoli 7, 8, 9 e 10 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, la parte istante ottiene l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone gli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.

La parte istante dichiara di aver letto e compreso l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui sopra e di dare il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma