

Camera di Conciliazione Forense Picena organismo non autonomo
dell'Ordine degli Avvocati di Ascoli Piceno

Ascoli Piceno, Piazza S. Orsini n. 1, c/o Palazzo di Giustizia

Procedimento di Mediazione numero: _____

Mediatore: _____

Il sottoscritto Mediatore Avv. _____

ATTESTA

Che il/la Dott. _____, Praticante Avvocato ha assistito
all'incontro di mediazione (successivo al primo incontro informativo) del
_____ dinanzi al Mediatore _____

Oggetto:

Il Mediatore

DATA

Il sottoscritto/a Dott. _____ Praticante Avvocato
Presso lo studio _____ rinnova l'impegno a
mantenere la riservatezza su quanto appreso nel corso dell'intero procedimento di
mediazione, nel pieno rispetto di quanto previsto e sancito dagli artt. 9 e 10 del D. Lgs
28/2010, nonché dal regolamento dell'intestato Organismo.

DATA

FIRMA