

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

Ascoli Piceno, Piazza S. Orlandi 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