



## MEDIAZIONE ADR COMMERCIALISTI FROSINONE

Spett.le  
Organismo di Conciliazione  
MEDIAZIONE ADR  
COMMERCIALISTI FROSINONE  
Via Valle Fioretta – angolo Via  
Mascagni Pal. S.I.F. Scala B 8° piano  
c/o Ordine dei Dottori commercialisti e  
degli Esperti Contabili  
03100 Frosinone

Proc. n..... del .....

### ACCETTAZIONE DI INCARICO

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, nato il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_,

### **ACCETTA L'INCARICO DI MEDIATORE**

Nel procedimento n. \_\_\_\_\_ in materia di \_\_\_\_\_

FRA

Parte istante \_\_\_\_\_/ Parte Convenuta \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

Di essere e rimanere indipendente, imparziale e neutrale nei confronti delle parti in lite, di rispettare il Regolamento ed il Codice Etico di comportamento dell'Organismo di Conciliazione.

Luogo e data

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Il Mediatore (*firma*) \_\_\_\_\_