

Ente accreditato presso il Ministero della Giustizia Iscritto nel Registro degli Organismi di Conciliazione al n. 194

ALLEGATO ALTRE PARTI

Cognome e	e Nome		,	
nato/a a	il,			
C.F		, residente a,		
prov	, Via/Piazza/Corso		, n°,	
CAP	, telefono	fa	x	
cell	e-mail	<u> </u>		
RAPPRESI	ENTATO DA: (come da procura	speciale che si allega, c	on potere di conciliare e	
transigere l	la controversia): Sig		residente	
in		prov	, Via / Piazza /	
Ovvero				
ASSISTITO	DA: Dott./Avv		con	
Corso		, n°	, CAP,	
cell	e-mail			
Procedura accettarne	to dichiara di avere letto con at di SOLVING SOLUTION S.a.s., dis integralmente il contenuto, nonci plicato ivi contenuto.	sponibile sul sito internet v	www.solvingsolution.it e di	
Luogo	Data	Firma		
trattamento da tentativo di co informato di q riservatezza d responsabile d	nel trasmettere i propri dati alla Segre a parte della stessa, limitatamente a quan onciliazione. Il sottoscritto dichiara inoltre, uanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003, con circa dati e informazioni ricevute, nel rispet del trattamento dei dati è la SOLVING SOL	to ritenuto necessario all'organi: all'atto del conferimento dei da sapevole che SOLVING SOLUT to della normativa sulla protezio UTION S.a.s., via Badalati n. 3, 9	zzazione e all'espletamento del tti, di essere stato debitamente ION S.a.s. assicura la massima ne dei dati personali. Titolare e	
Luogo	Data	Firma		