

**DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA**  
**(da compilare e firmare a cura di ogni Tirocinante)**

Con riferimento allo svolgimento delle ore di Tirocinio assistito come Mediatore, il sottoscritto

Sig. \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di uditore/ mediatore, dichiara:

- di non divulgare a terzi alcuna informazione trattata durante ciascun incontro di Mediazione;
- di non trattenere alcuna copia di informazioni scritte e/o documenti presenti o mostrati o descritti durante gli incontri di Mediazione.
- di trattare con la massima riservatezza qualsiasi argomentazione trattata o documento mostrato nel corso di ogni singolo incontro di Mediazione;
- di essere consapevole di non poter divulgare alcuna informazione inerente agli incontri di Mediazione.

Dichiarazione valida per ciascun incontro di Mediazione al quale ho assistito presso CAMERA DI  
MEDIAZIONE NAZIONALE SRL SEDE DI

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega alla presente dichiarazione copia fotostatica, non autenticata, del documento di identità del sottoscritto in corso di validità