

TRASMETTERE LA RICHIESTA A MEZZO RACCOMANDATA A/R O CONSEGNA A MANO

Alla **COMMISSIONE PROVINCIALE DI CONCILIAZIONE**

Per le controversie individuali di lavoro

DIREZIONE TERRITORIALE DEL LAVORO DI

L'AQUILA - Viale A. Moro, 28/d

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ____/____/____ e residente a _____
Via _____ n. _____ tel. _____ E-mail _____

Quale titolare / Legale rappresentante della Ditta _____
n. _____ dei dipendenti occupati presso l'azienda

CONGIUNTAMENTE

Al lavoratore Sig.

_____ nato a _____ il ____/____/____ residente in _____
Via _____ n. _____
tel. _____ Fax _____ E-mail _____

In relazione al:

rapporto di lavoro subordinato/altro (specificare tipologia ad es. collaboratore a progetto, agente, etc) in
essere/prestato dal _____ al _____
in qualità di _____ qualifica _____
CCNL applicato _____

CHIEDONO

Di essere convocati da codesta Commissione Provinciale di Conciliazione, ai sensi dell'art 410 c.p.c. così
come modificato dall'art 31 della Legge 183 del 04/11/10, per la definizione dell'ipotesi di accordo elaborata
fra le parti avente in oggetto:

_____ I
dati personali di cui alla presente sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento e potranno essere
comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessato potrà esercitare i
diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003

Luogo e data _____

IL LAVORATORE

IL DATORE DI LAVORO
