

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
PESCARA**

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il ____/____/____ e residente a _____ Via _____

_____ n. _____ tel. _____ Email _____

Quale titolare/legale rappresentante della Ditta

Via _____

CCNL applicato _____ Attività svolta _____

P.IVA _____ N. _____ dei dipendenti occupati presso l'azienda

CONGIUNTAMENTE

Al lavoratore Sig.

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ Via _____ n. _____

tel. _____ Fax _____ Email _____

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 _____

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 ad 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 Dlgs 196/2003

Luogo e data _____

Il lavoratore

Il datore di lavoro