

(Su carta intestata)

Spett.le
**Commissione Paritetica Territoriale
di Conciliazione**

c/o EBiT ROMA
Piazza Mazzini, 27
00195 Roma

Al Lavoratore

La richiesta deve essere inoltrata a mezzo posta elettronica:
ebitroma@legalmail.it

RICHIESTA DI CONVOCAZIONE (Datore di Lavoro)

Tramite: Associazione Sindacale socia EBiT Roma _____

Consulenti abilitati _____

Il sottoscritto (COGNOME E NOME) _____

legale rappresentante dell'Azienda _____

con sede legale nel comune di _____ CAP _____

Via _____ N.ro _____

Codice Fiscale (Azienda) _____

Chiede che venga esperito il tentativo di conciliazione, ai sensi degli artt. 410 e seguenti del c.p.c., nonché dell'Accordo Territoriale di secondo livello per lo Sviluppo della Bilateralità del 22/03/2001 e del suo Regolamento di attuazione, per la controversia insorta con il lavoratore

(Cognome nome) _____

nato a _____ il (gg/mm/aaaa) _____

domiciliato nel comune di _____ CAP _____

Via _____ N.ro _____

Codice Fiscale _____ circa il rapporto di lavoro prestato nel
periodo dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____ in qualità di
_____ qualifica _____

Per la seguente motivazione:

Rimane in attesa della convocazione delle parti.

Firma _____

Luogo e data _____

AUTOCERTIFICAZIONE

(D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il sottoscritto si dichiara consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n.15 e successive modificazioni ed integrazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

FIRMA
