

Alla Direzione Provinciale del Lavoro di Firenze
Servizio Politiche del Lavoro
Commissione Provinciale di Conciliazione
delle Controversie Individuali di Lavoro
Viale Spartaco Lavagnini 9 50129 Firenze

Tramite Associazione Sindacale/Studio Legale _____
di _____
E-Mail _____

Oggetto: Richiesta di convocazione

Il sottoscritto (COGNOME E NOME) _____ nato a (luogo di
nascita) _____ il (GG/MM/AAAA) _____ sesso (M/F) _____
e domiciliato nel comune di _____ CA.P. _____
Via _____ n. _____ Codice Fiscale _____
nazionalità _____

Chiede che sia esperito il tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 410 c.p.c. e art. 36 del Decreto

Legislativo n. 80/98, nei confronti della ditta (RAGIONE SOCIALE DELLA DITTA) _____
_____ esercente attività di (SETTORE PRODUTTIVO) _____

con sede in (COMUNE OVE RISIEDA LA DITTA) _____ C.A.P. _____

via _____ n _____ E-Mail _____

Codice Fiscale (CODICE FISCALE DELLA DITTA) _____, alle cui dipendenze è/è stato occupato dal
(GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____ con le mansioni di _____ con la qualifica
di _____ CCNL applicato _____ per le seguenti cause

(BARRARE LE VOCI DI INTERESSE):

- Impugnativa di licenziamento comminato in data (GG/MM/AAAA) _____ a mezzo voce o lettera
- Differenza paga dal (GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____
- Mancata retribuzione dal (GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____
- Ferie non godute dal (GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____
- Riposo settimanale dal (GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____
- Compenso lavoro straordinario dal (GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____
- Festività nazionali ed infrasettimanali dal (GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____
- Gratifica natalizia, 14° mensilità dal dal (GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____
- Indennità sostitutiva del preavviso
- T.F.R. (trattamento fine rapporto)
- Passaggio di qualifica
- Altre voci _____

Firma _____

Luogo e data _____

Il numero dei dipendenti occupati nell'azienda all'atto della presente richiesta è di n _____ unità