

Alla **COMMISSIONE PROVINCIALE DI CONCILIAZIONE**
Per le controversie individuali di lavoro
DIREZIONE PROVINCIALE DEL LAVORO DI BARI
Via Fabio Filzi n. 18 - 70100 BARI (BA)
Fax. 080/0994084 - email dpl.bari@mailcert.lavoro.gov.it

Oggetto : Deferimento in via arbitrale alla commissione di conciliazione della controversia ai sensi dell'art. 412 cpc così come novellato dalla Legge n. 183 del 4/11/2010.

I sottoscritti:

Lavoratore: *(COGNOME E NOME) _____ nato a _____

il _____ nazionalità _____ residente nel comune di* _____

Provincia* _____ Via* _____ n.* _____

CA.P.* _____ Tel _____ Fax _____ mail _____ @ _____

Comune dove è sorto il rapporto ovvero dove si trova l'azienda o sua dipendenza alla quale è addetto il lavoratore o presso la quale egli prestava la sua opera al momento della fine del rapporto* _____ (_____)

periodo di lavoro dal* _____ al* _____ mansioni* _____

qualifica di* _____

indicare le pretese e le norme a sostegno delle stesse*: _____

Datore di Lavoro: *(INDICARE RAGIONE SOCIALE) _____

residente nel Comune di* _____

Via* _____ n* _____ C.A.P.* _____

Tel _____ Fax _____ mail _____ @ _____

indicare le pretese e le norme a sostegno delle stesse*: _____

Chiedono l'esperimento del tentativo di Conciliazione ai sensi dell'art. 410 cpc deferendo contestualmente in via arbitrale alla Commissione di Conciliazione la controversia ai sensi dell'art. 412 cpc così come novellato dalla Legge n. **183 del 4/11/2010. A tal fine indicano:**

- 1 - come termine per l'emanazione del lodo da parte della commissione giorni* _____ (max 60) dalla ricezione da parte della Commissione di Conciliazione della presente al termine del quale il mandato è revocato.
- 2 - Le norme di riferimento.
- 3 - il domicilio per le comunicazioni a riguardo:

Bari* _____

Il Lavoratore* (firma)

Il Datore di Lavoro* (timbro e firma)

- Solo eventuale - chiedono alla Commissione di decidere secondo equità nel rispetto dei principi generali e dei principi regolatori della materia, anche derivanti da obblighi comunitari.

Bari _____

Il Lavoratore* (firma)

Il Datore di Lavoro* (timbro e firma)

*campi obbligatori