

Alla Direzione Provinciale del Lavoro di \_\_\_\_\_  
Servizio Politiche del Lavoro- Commissione Provinciale di Conciliazione  
delle Controversie Individuali di Lavoro  
Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_

Tramite Associazione Sindacale/Studio Legale \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_

Rep. n

- Accolta
- Non accolta

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. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ 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 (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