

**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.\* \_\_\_\_\_ C.A.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.

- **Eleggono come domicilio per le comunicazioni quello indicato sopra .**
- **Indicano 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.**

Novara\*, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Il Lavoratore\* ( firma)*

\_\_\_\_\_

*Il Datore di Lavoro\* (timbro e firma)*

- **Chiedono alla Commissione di decidere secondo equità nel rispetto dei principi generali e dei principi regolatori della materia, anche derivati da obblighi comunitari.**

Novara, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Il Lavoratore ( firma)*

\_\_\_\_\_

*Il Datore di Lavoro (timbro e firma)*

**\*campi obbligatori**