Alla
COMMISSIONE DI CONCILIAZIONE
Presso la Direzione Territoriale del Lavoro di Rimini
P.le CESARE BATTISTI n. 20
47921 RIMINI

Il sottoscritto _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

quale titolare / legale rappresentante della Ditta _____

con sede legale nel comune di _____ Via _____

_____ cap: |__|__|__|__|__| e-mail: _____

num. dei dipendenti occupati presso l'azienda: |__|__|__|__|

CONGIUNTAMENTE

al lavoratore sig. _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato a _____ il |__|__|/ |__|__|/|__|__|__|__|

e residente a _____ Via _____

_____cap |__|__|__|__|__| e-mail _____

in relazione al :

☐ rapporto di lavoro subordinato/ altro (specificare tipologia ad es. collaboratore a progetto, agente, etc)

in essere / prestato dal |__|__|/ |__|__|/|__|__|__|__|

al |__|__|/ |__|__|/|__|__|__|__|

in qualità di _____ qualifica _____

ccnl applicato _____

CHIEDONO

di essere convocati da codesta Commissione di Conciliazione, ai sensi dell'art. 410 del c.p.c., per la definizione dell'ipotesi di accordo elaborata tra le parti avente ad oggetto:

_____

_____

Il luogo dove devono essere fatte le comunicazioni inerenti la procedura:
per il lavoratore, presso:_____, _____ , via _____ , n. _____ , e mail _____ .
per il datore di lavoro, presso:_____, _____, via _____ , n. _____ , e mail _____ .
Il luogo dove è sorto il rapporto/dove si trova l'azienda/o sua dipendenza presso la quale egli prestava la sua opera al momento della fine del rapporto: _____ , via _____ , n. ____ .
Si rimane in attesa della convocazione.

Il lavoratore Il datore di lavoro

Allegato: bozza dell'ipotesi di accordo.

Rimini, _____