

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*: _____

Premesso che il tentativo di conciliazione ex art. 410 è fallito, congiuntamente affidano alla Commissione di Conciliazione il mandato a risolvere in via arbitrale 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