

**TRASMETTERE LA RICHIESTA A MEZZO RACCOMANDATA A/R O CONSEGNA A MANO**

**Alla  
COMMISSIONE PROVINCIALE DI  
CONCILIAZIONE  
Per le controversie individuali di lavoro  
DIREZIONE TERRITORIALE DEL LAVORO  
di PESARO e URBINO  
P.le Matteotti n.32  
61100 PESARO**

Al/la lavoratore/trice Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ricorrente – persona fisica	
Il sottoscritto _____	nato a _____
Il ___/___/___ e residente a _____	prov. _____
Via _____ n. _____	tel. _____ Email _____
Domiciliato presso _____	C.F. _____
Tramite l'Associazione Sindacale _____	di _____
Ricorrente – persona giuridica	
Denominazione sociale _____	
con sede in _____	via _____ n. _____
tel. _____ Email _____	P.I./CF _____
tramite legale rappresentante/delegato Sig. _____	
<b>CHIEDE</b>	
<b>Che venga esperito il tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 410 del c.p.c, cosi' come modificato dall'art. 31 della legge 183 del 04/11/10 e dell'art 7 della legge n 604/66 come modificato dalla legge n 92/2012 nei confronti del/la lavoratore/trice:</b>	
Sig./Sig.ra _____	nato/a a _____
Il ___/___/___ e residente a _____	prov. _____
Via _____ n. _____	tel. _____ Email _____
Domiciliato presso _____	C.F. _____
Tramite l'Associazione Sindacale _____	di _____

**SETTORE  
AZIENDALE**

- AGRICOLTURA  
 INDUSTRIA  
 COMMERCIO  
 ARTIGIANA  
 ALTRI / PUB.  
IMPIEGO

**NUM. DIPENDENTI**

- OLTRE I 15 nel  
Comune  
 OLTRE I 60 nel  
territorio nazionale  
 OLTRE I 5 per sede  
agricola nel Comune

- Luogo dove è sorto il rapporto di lavoro/ dove si trova l'azienda o una sua dipendenza alla quale è addetto il lavoratore o presso la quale prestava la sua opera al momento della fine del rapporto \_\_\_\_\_
- Alle cui dipendenze è stato/è dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Con la qualifica di: \_\_\_\_\_
- CCNL: \_\_\_\_\_

