

Alla Commissione Paritetica di conciliazione di \_\_\_\_\_

## RICHIESTA DI CONVOCAZIONE DELLA COMMISSIONE PARITETICA DI CONCILIAZIONE

L'organizzazione Sindacale  S.N.A.P.E.L.  F.A.M.A.R.

(oppure)

L'azienda \_\_\_\_\_

rappresentata dal/la sig.re/a \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_  
(nominativo della persona che parteciperà alla commissione)

carta d'identità numero \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_  
(da compilare solamente se fa richiesta l'azienda)

### CHIEDE

#### di convocare la Commissione Paritetica di Conciliazione

Per il Lavoratore/i \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_)

carta d'identità numero \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_

dipendente dell'azienda \_\_\_\_\_

con sede legale in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_, referente \_\_\_\_\_

• Alle cui dipendenze è stato/è dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

• Con la qualifica di: \_\_\_\_\_

CCNL: \_\_\_\_\_

### OGGETTO DELLA CONTROVERSIA

- |   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demansionamento                                |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Differenza di retribuzione .....               | dal (gg/mm/aa) ___/___/___                      | al (gg/mm/aa) ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Errato inquadramento                           |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Ferie/festività non godute .....               | dal (gg/mm/aa) ___/___/___                      | al (gg/mm/aa) ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Indennità di mancato preavviso                 |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Mancata retribuzione .....                     | dal (gg/mm/aa) ___/___/___                      | al (gg/mm/aa) ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Mensilità aggiuntive                           |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Retribuzione per lavoro straordinario          |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Opposizione al licenziamento                   |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Premio di risultato                            |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Opposizione a sanzione disciplinare            |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Procedura di mobilità                          |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Provvedimento disciplinare                     |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Mancata corresponsione del T.F.R. o differenze |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Riconoscimento del rapporto di lavoro          |   |                           |
| <input type="checkbox"/> Conversione del rapporto di lavoro:            |   |                           |
|   | 1) da tempo determinato a indeterminato         |                           |
|   | 2) da apprendista a tempo indeterminato         |                           |
|   | 3) da formazione – lavoro a tempo indeterminato |                           |

Altro \_\_\_\_\_

Alla richiesta deve essere allegata eventuale documentazione comprovante il motivo della richiesta di costituzione della commissione.

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.L. vo 196/03, che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.L.gs. n. 196/03.

TIMBRO FIRMA

Data, \_\_\_\_\_

Si deposita 1 marca da Bollo €16,00