CARTA INTESTATA DATORE DI LAVORO

Luogo e data

Egr. Sig.

Gent. Sig.ra

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla Commissione di Conciliazione

C/o CST DI BOLOGNA

Via Marconi 71

40122 Bologna

**RICHIESTA DI CONVOCAZIONE DELLA COMMISSIONE DI CONCILIAZIONE AI SENSI DELL’ART. 6 DEL D. LGS. 23/2015 (OFFERTA CONCILIATIVA)**

Il sottoscritto (COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legale rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede legale nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.ro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale (DITTA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A seguito del licenziamento intimato con lettera del \_\_\_\_\_\_\_\_, ricevuta in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (assunto/a con contratto di lavoro a tempo indeterminato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), chiede di essere convocato/a unitamente al/alla suddetto/a lavoratore/lavoratrice innanzi alla Commissione di conciliazione costituita presso Eburt Cst di Bologna, al fine di formalizzare l’offerta conciliativa nei termini e alle condizioni previste dall’art. 6 del D. Lgs. 23/2015.

In base a quanto previsto dalla normativa, l’offerta conciliativa che formalizzeremo in quella sede sarà pari a Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, corrispondente a n.\_\_\_\_ mensilità della retribuzione di riferimento per il calcolo del trattamento di fine rapporto.

Distinti saluti.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega alla presente richiesta di convocazione:

1. dichiarazione di ASCOM Bologna attestante la regolarità dei versamenti dei contributi obbligatori previsti dal CCNL per le aziende associate a FIPE o a FEDERALBERGHI; negli altri casi, autocertificazione dell’ azienda ai sensi di legge, attestante la regolarità dei versamenti dei contributi obbligatori previsti dal CCNL.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_