DOMANDA DI CONCILIAZIONE

Il sottoscritto					
residente a	-			P	rov
in via				_ n°	CAP
telefono	fax		_ e-mail		
P. IVA / Codice fiscale					
☐ titolare o legale rap	presentante dell'i	mpresa			
sede / indirizzo					Prov
in via				n°	CAP
telefono	fax		_ e-mail		
P. IVA / Codice fiscale					
nomeresidente/ con sede in					
telefono					
(*) da compilare solo nel caso in a					
,,					
CHIEDE DI AVVIARE LA	(PROCEDURA PI	KEVISTA DAL	SEKVIZIO L	DI CONCILIA	ZIONE NEI CONFRO
dell'impresa					
del Sig. / Sig.ra					
domicilio/con sede in					
in via					
telefono					
P. IVA / Codice fiscale					
nome del titolare o leg	ale rappresentan	ıte			

BREVE DESCRIZIONE DELLA CON	TROVERSIA:			
(specificare oggetto ed esporre bre	evemente i fatti))		
IL VALORE INDICATIVO DELLA CO	ONTROVERSIA	È DI EURO:		
Si allega fotocopia della seguente	documentazior	ne:		
11/1		l-l D l t	a dal Tariffania di accada Carr	:_:1:
Il/la sottoscritto/a dichiara di aver conciliazione e di accettare integra		_	e dei Tarimario di questo servi	izio di
conciliazione e di accenare illiegio	iiiieille ii coille	erioro,		
Luogo e data,/	/200	Firi	ma	
5 <u></u>	- <u> </u>			
II/la sottoscritto/a, nel trasmettere i prop	ori dati alla Came	era di commercio d	di Torino, acconsente al loro trattar	mento de
parte della stessa, limitatamente a quant	o necessario all'o	rganizzazione e all'	espletamento del tentativo di concili	azione.
inoltre a conoscenza del fatto che il con		•		
Camera di commercio. Dichiara altresì	di essere informa	ato/a dei diritti co	nferiti all'interessato dall'art. 7 del	D.lgs n
196/2003.		T: 1 2/4	65124 B	
Titolare del trattamento è Guar mail:info@guardiacivica.it - http://v		-	65124 Pescara	
mail.inrowguardiacivica.ic http://v	ww.gaararacivi	icant		
		Firr	ma	

Data di arrivo presso Guardiacivica