

*Adel Pirella*

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

**ALLA COMMISSIONE PROVINCIALE DI CONCILIAZIONE  
PER LE CONTROVERSIE INDIVIDUALI DI LAVORO  
DIREZIONE PROVINCIALE DEL LAVORO DI PESARO E URBINO**

Regione Marche A.S.U.R.  
AREA VASTA n. 1 - FANO

11 OTT. 2013

**ARRIVO**

PIAZZALE MATTEOTTI N°32  
61121 PESARO

Alla Ditta/Ente

**ASUR AREA VASTA 1  
FANO**

Regione Marche  
Azienda Sanitaria Unica Regionale  
A00:Registro ASUR AREA VASTA 1 - PRO

0050408 | 14/10/2013  
| ASURAV1 | PROAV1 | A

**(Ricorrente persona fisica)**

Il sottoscritto **DEL GRANDE FEDERICA** nato a **PESARO**  
 Il **28/03/76** e residente a **PESARO** prov. **PO**  
 Via **STRADA PANORAMICA ADRIATICA** n. **120** tel. **368/5645036**  
 Email **gedorona28@gmail.com**  
 Domiciliato presso **STRADA PANORAMICA ADRIATICA** C.F. **DLGFRCT4C686L7871**  
 Tramite l'Associazione Sindacale **CISL - FUNZIONE PUBBLICA**  
 di **PESARO**

**(Ricorrente persona giuridica)**

Denominazione sociale \_\_\_\_\_  
 con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ P.I./CF \_\_\_\_\_  
 tramite legale rappresentante/delegato \_\_\_\_\_  
 Sig. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Che venga esperito il tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 410 del c.p.c, così come modificato dall'art. 31 della legge 183 del 04/11/10 nei confronti di:**

**ASUR AREA VASTA 1**

*(se trattasi di Ditta indicare l'eventuale denominazione sociale)*

con sede in **FANO** via **CECCARINI** n. **38**  
 tel. **0721-8821** Fax **0721-882548** Email **gedorona28@gmail.com**

**SETTORE AZIENDALE**

- AGRICOLTURA
- INDUSTRIA
- COMMERCIO
- ARTIGIANA
- ALTRI / PUBBLICO IMPIEGO

**NUMERO  
DIPENDENTI**

- FINO a 5
- DA 6 A 15
- OLTRE I 15

*11/13  
200.000.000  
Bonomo  
Pefano  
e  
verificare*

- ~~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~~ **PESARO**
- Alle cui dipendenze è stato/è dal **1/5/2000** al **TUTTO OGGI**
- Con la qualifica di: **COLLABORATORE SANITARIO PROF. LE - INFERMIERE**
- CCNL: **SANITA' PUBBLICA**

*COPIA A BALCONI IN...*