

Spett.le  
Commissione di Indirizzo Settoriale  
c/o **EPAR**  
**Ente Paritetico CIFA- CONF.S.A.L.**  
PEC: [segreteria@pec.epar.it](mailto:segreteria@pec.epar.it)

**Oggetto: richiesta congiunta di asseverazione della Commissione di Conciliazione**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in nome e per conto dello Studio  
----- sede nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, partita IVA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, recapiti telefonici: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

esercente l'attività di Studio Odontoiatrico / Studio Medico Dentistico n. dipendenti \_\_\_\_\_

**CONGIUNTAMENTE AL**

lavoratore/lavoratrice \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, codice  
fiscale \_\_\_\_\_,  
domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in via  
\_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_,  
nazionalità \_\_\_\_\_,

in relazione al rapporto di lavoro instaurato tra le parti a partire dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso la sede di lavoro sita nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
c.a.p. \_\_\_\_\_ con l'assegnazione al/la lavoratore/lavoratrice della qualifica di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ inquadramento \_\_\_\_\_  
del CCNL \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

a codesta Commissione di Indirizzo Settoriale l'asseverazione dell'accordo che le parti hanno raggiunto in ordine alla cosiddetta "migrazione Contrattuale" che si allega in copia in originale firmato dalle Parti

---

A tal fine dichiarano di voler ricevere le comunicazioni inerenti il presente procedimento al seguente indirizzo:

---

---

**Allegati:**

- Copia originale verbale disaccordo di migrazione
- Fotocopia del documento d'identità dell'istante.
- Fotocopia del documento d'identità del/la lavoratore/lavoratrice.
- Eventuali documenti a sostegno dell'istanza

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del IDatore di lavoro)

\_\_\_\_\_  
(Firma del/la Lavoratore/ lavoratrice)

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

EPAR tratterà i dati personali adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto del Codice della Privacy (D.Lgs. n. 196/03), esclusivamente per lo svolgimento dell'attività istituzionale e dei servizi richiesti.

I dati, conservati da incaricati autorizzati, in forma cartacea o elettronica, non saranno diffusi. Potranno essere comunicati a terzi solo in caso ciò si renda necessario per lo svolgimento dell'attività in oggetto e, comunque, nei limiti e con le modalità previste dalla legge.

Il consenso al trattamento dei dati personali viene fornito con la richiesta di conciliazione; in assenza del consenso non è possibile dare seguito alla richiesta, né fruire dei servizi dell'Ente Paritetico. L'indicazione di sede legale e relativi recapiti, nome del lavoratore, data di nascita e recapiti delle parti sono necessari per la gestione del rapporto e per l'adempimento degli obblighi di legge. Titolare del trattamento è EPAR – Ente Paritetico Nazionale CIFA-CONF.S.A.L. con sede legale in Viale di Trastevere, 60 - 00153 Roma.

Il/La sottoscritto/a, ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, dà il consenso al trattamento dei propri dati personali secondo le modalità suindicate.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

*(Luogo e data)*

*(firma del Datore di lavoro)*

*(Firma del/la Lavoratore/ Lavoratrice)*