

DELEGA POTERE DI TRANSIGERE

		All'Ispettorato Territoriale del Lavoro di			
		CAP	Città	Prov	
		Email	Citta		
		PEC	M. M. A. 20 31.0		
Il Sottoscritto		nato a		ili	
nella qualità di Datore di I					
		DELEGA			
il Sig	n	ato a	i		
e conferisce al medesimo				le relativo al tentativo di	
conciliazione della verter					
e riscuotere quanto event	ualmente conve	enuto tra le pa	rti.		
Informativa sulla privacy:					
"Dichiaro di essere stato	informato, ai sei	nsi e per gli ef	fetti degli articoli	13 e 14 del Regolamento	
(UE) 2016/679, che l'Ispe	ttorato tratterà	i dati necessa	ari alla gestione d	ella presente istanza con	
le modalità indicate nelle	"INFORMAZIO	NI " sul trattar	mento dei dati pe	rsonali da me visionate"	
	Li				
	, LI	_			
		Total Control			
			firma		
PAR [*]	ΓΕ RISERVATA	ALL'UFFICIO	- AUTENTICAZIO	ONE	
lo sottoscritto			, in qualità di F	- -unzionario dell'I.T.L. di	
dal Sig					
della cui identità mi sono	accertato media	ante			
	Li				
	,				
			il Funzior	nario	

Note: Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dal legale rappresentante. Il presente modulo può essere compilato in modalità digitale, cliccando sugli appositi spazi e successivamente inviato all'indirizzo PEC di riferimento o stampato e inviato per posta ordinaria o consegnato all'ufficio competente o consegnato brevi manu.