

Classificazione: 8.7.1

Alla
CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA
ARTIGIANATO E AGRICOLTURA DI VARESE
Piazza Monte Grappa, 5
21100 - VARESE

Servizio Conciliazione

DOMANDA DI CONCILIAZIONE

Il sottoscritto/a
residente a prov.
in via n. CAP
telefono cellulare
fax e-mail
P.IVA/Codice Fiscale

legale rappresentante dell'impresa
sede / indirizzo: in via n. CAP
telefono cellulare
fax e-mail
P.IVA/Codice Fiscale

Rappresentato da * difensore con specifica procura
 rappresentante associazione consumatori
 altro (specificare)

Nome..... Cognome
domicilio/sede/studio in via/piazza n. CAP
telefono cellulare
fax e-mail

(*) Da compilare solo nel caso in cui il ricorrente intenda farsi rappresentare ovvero accompagnare durante la procedura di conciliazione

**CHIEDE DI AVVIARE LA PROCEDURA PREVISTA
DAL SERVIZIO DI CONCILIAZIONE NEI CONFRONTI**

dell'impresa
del Signore/a
sede/residente a c prov.
in via..... n. CAP.....
telefono cellulare
fax e-mail
P.IVA/Codice Fiscale

BREVE DESCRIZIONE DELLA CONTROVERSIA *:

.....
.....
.....
.....
.....

IL VALORE INDICATIVO DELLA CONTROVERSIA È DI EURO:

Si allega la seguente documentazione:

.....
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia delle Linee guida e del Tariffario di questo Servizio di conciliazione e di accettarne integralmente il contenuto.

Varese,

Firma

Il/la sottoscritto/a, nel trasmettere i propri dati, è stato informato che questi verranno trattati dal servizio di conciliazione limitatamente a quanto necessario per il presente tentativo di conciliazione e dichiara di essere informato di quanto previsto dall'art.13 del d. lgs. 196/2003. I diritti assicurati sono indicati all'art. 7 del d. leg.196/2003. Titolare del trattamento dei dati è la CCIAA di Varese.

Firma

