

**EXMO(A) SENHOR(A)
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE CONCILIAÇÃO
E ARBITRAGEM DE PONTA DELGADA**

Requerimento para tentativa de conciliação entre:

REQUERENTE/TRABALHADOR(A): _____

_____, nascido(a) ____ / ____ / ____

residente na _____,

concelho de _____, código postal _____

Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Sindicato: _____

REQUERIDO(A)/EMPREGADOR(A): _____

com sede/domicílio na _____

concelho _____ código postal _____

Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

com a atividade de _____

Início da prestação de trabalho: ____ / ____ / ____

Data de cessação do contrato: ____ / ____ / ____

Contrato de Trabalho: **Permanente** **A termo** **Outro** _____

Profissão /Categoria profissional: _____

Remuneração: **Mensal** € _____ **Semanal** € _____ **Diária** € _____

Obs: Caso não seja notificado no prazo de 15 dias, por favor contate os nossos serviços:
Telef: 296 308 000 - Fax: 296 308 192 - E-mail: info.dst@azores.gov.pt

