

SOLICITUD PARA DESIGNACIÓN O SELECCIÓN DE ÁRBITRO

Fecha _____
DD/MM/AÑO

NOMBRE DE LA UNIÓN: _____

Dirección Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: (____) _____

Representante: _____

Título _____ Teléfono: (____) _____

Asesor Legal: _____

Dirección Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: (____) _____

NOMBRE DEL PATRONO: _____

Dirección Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: (____) _____

CLASE DE INDUSTRIA: _____

Representante: _____

Título _____ Teléfono: (____) _____

Asesor Legal: _____

Dirección Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: (____) _____

¿Se cumplió con el procedimiento establecido en el Convenio Colectivo antes de solicitar arbitraje? SI NO

Esta controversia afecta aproximadamente a _____ empleados.

La controversia se relaciona con:

Despido

Arbitrabilidad Sustantiva

Suspensión

Arbitrabilidad Procesal

Reclamación

Otros, especifique: _____

Interpretación Convenio

(Indique Artículos Pertinentes) _____

Nombre de los querellantes (acompañar lista de ser necesario): _____

Breve descripción de la controversia (puede utilizar una hoja adicional de ser necesario):

Alegación de la UNIÓN: _____

Alegación del PATRONO: _____

Indique el tipo de servicio que desea:

Arbitraje

Conciliación

Mediación

En caso de solicitar servicio de arbitraje, indique la Selección del Arbitro

El Negociado lo designará

Enviar terna de árbitro

Certificamos haber incluido copia del Convenio Colectivo.

Certificamos haber enviado copia, fiel y exacta de éste documento a: _____

vía:

Correo electrónico Correo certificado

Entrega a la mano Correo regular

Otros, especifique: _____

Nombre (letra de molde)

Título

Firma

PARA USO OFICIAL

Certifico que la solicitud cumple con todos los requisitos de forma para su radicación y tramitación.

La solicitud NO cumple con los requisitos de forma para su radicación y tramitación.

Fecha en que fue devuelta la solicitud para la correspondiente enmienda: _____
DD/MM/AÑO

Fecha en que se cumple plazo de 5 días laborables para enmendar la solicitud: _____
DD/MM/AÑO

Iniciales del Funcionario