

Solicitud del Servicio de Conciliación

**SEÑORES DEPARTAMENTO DE CONCILIACIÓN, MEDIACIÓN Y
ARBITRAJE**

Nombre del Requirente: -----

Número de identidad: -----

Edad: -----

Sexo: -----

Dirección física: -----

Teléfonos: -----

Nombre del Requerido: -----

Nombre del centro de trabajo (empresa o institución): -----

Dirección física:-----

Teléfonos: -----

Actividad económica del empleador: -----

Tiempo de trabajo del empleado en la empresa o institución: -----

Fecha de inicio y fecha de terminación de la relación laboral: -----

Sueldo devengado mensualmente y otros beneficios: -----

Explicación de la causa del conflicto: -----

Razón por la cual solicita el servicio: -----

Documentos de soporte: -----

Existe un contrato de trabajo: -----

Existe un reglamento de trabajo: -----

Está afiliado al Seguro Social: -----

Nota: Solo para solicitantes mujeres:

Se encuentra en estado de embarazo: -----

Ha gozado de los derechos de Maternidad: -----

Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, ----- de ----- del -----

Firma del Requirente: _____