COMISIÓN APELATIVA DEL SERVICIO PÚBLICO

PETICIÓN DE ARBITRAJE

AL AMPARO DE LA LEY NÚM. 7 DE
9 DE MARZO DE 2009

No escriba en estos apartados. Para uso oficial solamente.

Caso Número:

Fecha:

- -

INSTRUCCIONES: 1) Llene en letra de molde o maquinilla. 2) De requerir más espacio en algún apartado, favor de continuar en un anejo haciendo referencia al número del apartado. 3) Someta el original y dos copias de esta Petición de Arbitraje. Notifique copia a la otra Parte. 4) Acompañar la Petición con evidencia documental fehaciente que refute la antigüedad notificada por la Agencia.

1. PROPÓSITO DE ESTA PETICIÓN DE ARBITRAJE

PAA – Un empleado afectado o su representante exclusivo, solicita arbitraje para la revisión de la determinación final sobre la antigüedad notificada por la Agencia.

PAC – Un empleado afectado o su representante exclusivo, solicita arbitraje para la revisión de la cesantía notificada por la Agencia.

2. Esta Petición es radicada por: Unión Empleado Afectado

3. (a) Nombre de la Agencia:	Dirección postal:	Teléfono: () - Fax: () - Dirección electrónica:
------------------------------	-------------------	---

3. (b) Nombre del abogado o representante:	Dirección postal:	Teléfono: () - Fax: () - Dirección electrónica:
--	-------------------	---

4. (a) Nombre de la Unión:	Dirección postal:	Teléfono: () - Fax: () - Dirección electrónica:
----------------------------	-------------------	---

4. (b) Nombre del abogado o representante:	Dirección postal:	Teléfono: () - Fax: () - Dirección electrónica:
--	-------------------	---

5. Nombre del empleado afectado:	Dirección postal:	Teléfono: () - Fax: () - Dirección electrónica:
----------------------------------	-------------------	---

6. Fecha de la notificación al empleado de la determinación final de la Agencia sobre su antigüedad o de la cesantía:

7. (a) Antigüedad notificada por la Agencia al empleado afectado:	7. (b) Antigüedad alegada por el empleado afectado:
---	---

8. Detallar todos los periodos de los servicios prestados por el empleado afectado en el servicio público:

9. Descripción de Hechos: (De ser necesario continúe en hoja aparte.)

10. (a) Nombre y título de la persona que firma este documento:

10. (b) Firma:

Aquella persona que intencionalmente someta información falsa en este formulario puede estar sujeta a las multas que imponga la Comisión y a cualquier otra sanción o pena de Ley aplicable.
(Revisado en septiembre de 2009)