



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni
Direzione Servizi Postali

**FORMULARIO
 CP**

IL FORMULARIO DEVE ESSERE COMPLETO IN TUTTE LE SUE PARTI

Il sottoscritto

Nome Cognome rag. sociale

Indirizzo N°

Città Prov. CAP

Rappresentato da¹ in qualità di¹

Recapiti per le comunicazioni ai fini del presente procedimento:

E-mail² Fax²

Telefono Cellulare

Note

- 1) Da compilare soltanto se il formulario è presentato da un terzo, dal rappresentante di una persona giuridica o da un'Associazione di consumatori.
- 2) Le comunicazioni inerenti al procedimento verranno inviate in via preferenziale all'indirizzo email. Le parti possono inviare le successive comunicazioni all'indirizzo email indicato nell'atto di avvio del procedimento.

OGGETTO DEL RECLAMO (è possibile barrare PIÙ caselle)

Diservizio nell'espletamento del servizio postale

Numero identificativo invio

13) valore dichiarato/assicurazione

Tipologia di invio

- 1) notificazione atti giudiziari
- 2) notificazione contravvenzioni (codice della strada)
- 3) comunicazione di avvenuta notifica
- 4) posta ordinaria o prioritaria
- 5) posta raccomandata
- 6) posta assicurata
- 7) tracciatura dell'invio
- 8) pacco
- 9) telegramma
- 10) altro (specificare)

14) altro (specificare)

Ulteriori informazioni relative al reclamo

- 15) contenuto mancante
- 16) avviso di ricevimento incompleto/non restituito
- 17) indebita restituzione al mittente
- 18) mancato rimborso del contrassegno
- 19) mancanza di valori postali (affrancatura)
- 20) mancanza di moduli
- 21) mancata/ritardata attivazione del servizio
- 22) mancato recapito dell'invio per furto o smarrimento dell'invio
- 23) recapito dell'invio a seguito di danneggiamento o manomissione dell'invio stesso
- 24) recapito dell'invio con ritardo (rispetto ai parametri indicati dal gestore del servizio postale)
- 25) altro (specificare)

Servizio Accessorio

- 11) avviso di ricevimento
- 12) contrassegno

DESCRIZIONE DEI FATTI

DICHIARA

1) di avere proposto reclamo a: in data numero reclamo fornitore

con sede in alla via/p.zza
Città *(eventuale indirizzo ufficio postale di riferimento)*

2) di avere esperito il tentativo di conciliazione presso: in data
Organismo

con sede in alla via/p.zza
Città

3) che tra le parti sopra indicate non è pendente alcuna controversia in sede giurisdizionale vertente sul medesimo oggetto;

Da non compilare se si intende partecipare personalmente. In ogni caso è possibile delegare anche successivamente

4) che all'eventuale audizione parteciperà in sua vece il sottoindicato delegato:

nato a il
Nome e Cognome

CHIEDE

all'Autorità di definire la controversia ai sensi del Regolamento di cui alla Delibera n. 184/13/CONS s.m.i. in base alle seguenti richieste:

DOCUMENTI :

Elenco documenti allegati

- Obbligatori**
- 1) Fotocopia del documento di identità dell'utente interessato e/o del legale rappresentante
 - 2) Copia del reclamo presentato al fornitore
 - 3) Verbale del tentativo di conciliazione o attestazione dell'esito negativo.

- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

Autorizzo l'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni al trattamento ed alla diffusione, limitatamente agli operatori interessati, dei miei dati personali ai sensi del d. l.vo 30/06/2003, n. 196 ai soli fini dello svolgimento del procedimento relativo alla presente istanza.

LUOGO DATA

Firma _____