



*Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni*  
*Direzione Servizi Postali*

## FORMULARIO CP

### Il sottoscritto

**IL FORMULARIO DEVE ESSERE COMPLETO IN TUTTE LE SUE PARTI**

Nome  Cognome  ☐ rag.sociale

Indirizzo  N°

Città  Prov.  CAP

Rappresentato da<sup>1</sup>  in qualità di<sup>1</sup>

Recapiti per le comunicazioni ai fini del presente procedimento:

E-mail<sup>2</sup>  Fax<sup>2</sup>

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)

#### Disservizio nell'espletamento del servizio postale

Numero identificativo invio

#### 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)

#### Servizio Accessorio

- 11) avviso di ricevimento
- 12) contrassegno

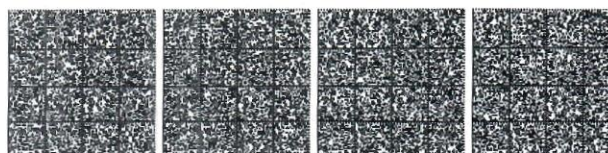
13) valore dichiarato/assicurazione

14) altro (specificare)

#### Ulteriori informazioni relative al reclamo

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

### 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 \_\_\_\_\_

