



Autorità per le garanzie nelle comunicazioni

Modello

P

Per denunciare la violazione delle norme del settore da parte dei fornitori di servizi postali deve essere utilizzato esclusivamente il presente modello. Possono presentare denuncia tutti i soggetti interessati, gli utenti, i consumatori, le associazioni od organizzazioni rappresentative dei loro interessi (art.3-quater della delibera 136/06/CONS e successive modifiche e integrazioni).



ATTENZIONE - Il presente modello non può essere utilizzato per inoltrare reclamo al fornitore del servizio postale o per attivare il meccanismo di risoluzione stragiudiziale della controversia.



Compilare il modello **in stampatello rispettando le caselle prestampate.**

I campi contrassegnati dall'asterisco (*) sono **obbligatori a pena di archiviazione immediata** della denuncia. Il presente modello deve essere trasmesso tramite **raccomandata A/R** all'indirizzo: **Autorità per le garanzie nelle comunicazioni – Direzione Servizi Postali – via Isonzo 21/b – 00198 Roma o tramite telefax al numero 0669644926.**

1. DATI DEL DENUNCIANTE

I campi contrassegnati da **un asterisco (*)** sono obbligatori.

I campi contrassegnati da **due asterischi (**)** sono obbligatori solo per le persone giuridiche.

Cognome* :	
Nome* :	
Rag. sociale** :	
Ruolo** :	
Indirizzo* :	
Num. civico* :	
Città* :	
Provincia* :	CAP* :
Telefono* :	
Cellulare:	
Fax:	
E-mail:	
Codice Fiscale* :	

2. TIPOLOGIA DI INVIO

Corrispondenza Libri/giornali/cataloghi Pacchi Altro
(è possibile barrare SOLO una casella)

Nazionale Internazionale
(è possibile barrare SOLO una casella)

3. ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

Ufficio postale Ufficio del Gestore On-Line
(è possibile barrare SOLO una casella)

4. OGGETTO DELLA DENUNCIA (è possibile barrare PIU' caselle)

Mancato espletamento servizio	<input type="checkbox"/>	Servizio accessorio	<input type="checkbox"/>
Furto dell'invio	<input type="checkbox"/>	Invio Raccomandato	<input type="checkbox"/>
Smarrimento dell'invio	<input type="checkbox"/>	Avviso di Ricevimento	<input type="checkbox"/>
Danneggiamento o manomissione dell'invio	<input type="checkbox"/>	Invio Assicurato	<input type="checkbox"/>
Ritardo nel recapito dell'invio postale (rispetto ai parametri indicati dal gestore del servizio postale)	<input type="checkbox"/>	Contrassegno	<input type="checkbox"/>
Mancato espletamento del servizio spedizione	<input type="checkbox"/>	Tracciatura dell'invio	<input type="checkbox"/>
Mancanza di valori (affrancatura) o moduli	<input type="checkbox"/>	Notificazione atti giudiziari	<input type="checkbox"/>
Disfunzione nell'ufficio	<input type="checkbox"/>	Notificazione Contravvenzioni (Codice della strada)	<input type="checkbox"/>
Eccessiva coda allo sportello	<input type="checkbox"/>	Telegramma	<input type="checkbox"/>
Problemi con il personale della Società	<input type="checkbox"/>	Disservizio nelle modalità di gestione del reclamo	<input type="checkbox"/>
Mancato rispetto dei termini contrattuali	<input type="checkbox"/>	Mancata/Irregolare compilazione avviso giacenza	<input type="checkbox"/>
Mancata/Ritardata attivazione del servizio	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>
Mancato indennizzo	<input type="checkbox"/>	_____	

5. INFORMAZIONI OBBLIGATORIE

Ha copia della **ricevuta** o del contratto cartaceo? Sì No
Se sì, alleggi copia della ricevuta o del contratto del servizio in questione.

Ha fatto **reclamo** scritto all'operatore? Sì No
Se sì, alleggi copia del reclamo scritto e la prova del suo invio.

Ha ricevuto **risposta** scritta al reclamo? Sì No
Se sì, alleggi copia della risposta ricevuta al reclamo.

L'esito del reclamo è stato **soddisfacente**? Sì No In parte

È stato **informato** della possibilità di avviare la **conciliazione** con il fornitore del servizio? Sì No

Ha avviato la procedura di **conciliazione** con il fornitore del servizio? Sì No

Se sì, specifichi la **data di richiesta** di avvio della procedura di conciliazione / /

La conciliazione si è **conclusa**? Sì No

Se sì, specifichi la **data di conclusione** della procedura di conciliazione / /

Se sì, specifichi se la conciliazione ha avuto **esito** soddisfacente Sì No

6. OPERATORE INTERESSATO*

Poste Italiane SpA

Altro

Se altro, specificare:

Indirizzo ufficio postale:

7. TESTO DELLA DENUNCIA/SEGNALAZIONE*

Si prega di descrivere sinteticamente e chiaramente i fatti accaduti e di non fare esclusivamente riferimento agli allegati.

A large grid of red lines for writing the report. The grid consists of 25 columns and 40 rows of small squares, providing a structured area for text entry.

8. ALLEGATI***E' obbligatorio allegare copia fotostatica di un documento di identità***

(art. 38 comma 3 del DPR 445/2000 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 2001, Supplemento ordinario n. 30)

Al presente modello si allegano i seguenti documenti:

A	Copia fotostatica di un documento di identità (obbligatorio)	<input type="checkbox"/>
B	Reclamo/i scritto/i al fornitore del servizio postale	<input type="checkbox"/>
C	Risposta/e del fornitore del servizio postale al reclamo	<input type="checkbox"/>
D	Copia/e della/e ricevuta/e o del/i contratto/i	<input type="checkbox"/>
E	Copia della domanda di conciliazione	<input type="checkbox"/>
F	Copia del verbale di conciliazione	<input type="checkbox"/>

Specificare eventuali ulteriori allegati:

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

9. LUOGO, DATA E FIRMA DEL DENUNCIANTE

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali resa dall'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679, allegata al presente modello.

Luogo* :

Data* : / /

Firma leggibile* :