



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"/>
Furto dell'invio	<input type="checkbox"/>
Smarrimento dell'invio	<input type="checkbox"/>
Danneggiamento o manomissione dell'invio	<input type="checkbox"/>
Ritardo nel recapito dell'invio postale (rispetto ai parametri indicati dal gestore del servizio postale)	<input type="checkbox"/>
Mancato espletamento del servizio spedizione	<input type="checkbox"/>
Mancanza di valori (affrancatura) o moduli	<input type="checkbox"/>
Disfunzione nell'ufficio	<input type="checkbox"/>
Eccessiva coda allo sportello	<input type="checkbox"/>
Problemi con il personale della Società	<input type="checkbox"/>
Mancato rispetto dei termini contrattuali	<input type="checkbox"/>
Mancata/Ritardata attivazione del servizio	<input type="checkbox"/>
Mancato indennizzo	<input type="checkbox"/>

Servizio accessorio	<input type="checkbox"/>
Invio Raccomandato	<input type="checkbox"/>
Avviso di Ricevimento	<input type="checkbox"/>
Invio Assicurato	<input type="checkbox"/>
Contrassegno	<input type="checkbox"/>
Tracciatura dell'invio	<input type="checkbox"/>
Notificazione atti giudiziari	<input type="checkbox"/>
Notificazione Contravvenzioni (Codice della strada)	<input type="checkbox"/>
Telegramma	<input type="checkbox"/>
Disservizio nelle modalità di gestione del reclamo	<input type="checkbox"/>
Mancata/Irregolare compilazione avviso giacenza	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

5. INFORMAZIONI OBBLIGATORIE

Ha copia della ricevuta o del contratto cartaceo?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sì, alleghi copia della ricevuta o del contratto del servizio in questione.	
Ha fatto reclamo scritto all'operatore?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sì, alleghi copia del reclamo scritto e la prova del suo invio .	
Ha ricevuto risposta scritta al reclamo?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sì, alleghi copia della risposta ricevuta al reclamo .	
L'esito del reclamo è stato soddisfacente ?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In parte <input type="checkbox"/>
È stato informato della possibilità di avviare la conciliazione con il fornitore del servizio?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha avviato la procedura di conciliazione con il fornitore del servizio?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sì, specifichi la data di richiesta di avvio della procedura di conciliazione	<input type="text"/> /
La conciliazione si è conclusa ?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sì, specifichi la data di conclusione della procedura di conciliazione	<input type="text"/> /
Se sì, specifichi se la conciliazione ha avuto esito soddisfacente	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

6. OPERATORE INTERESSATO*

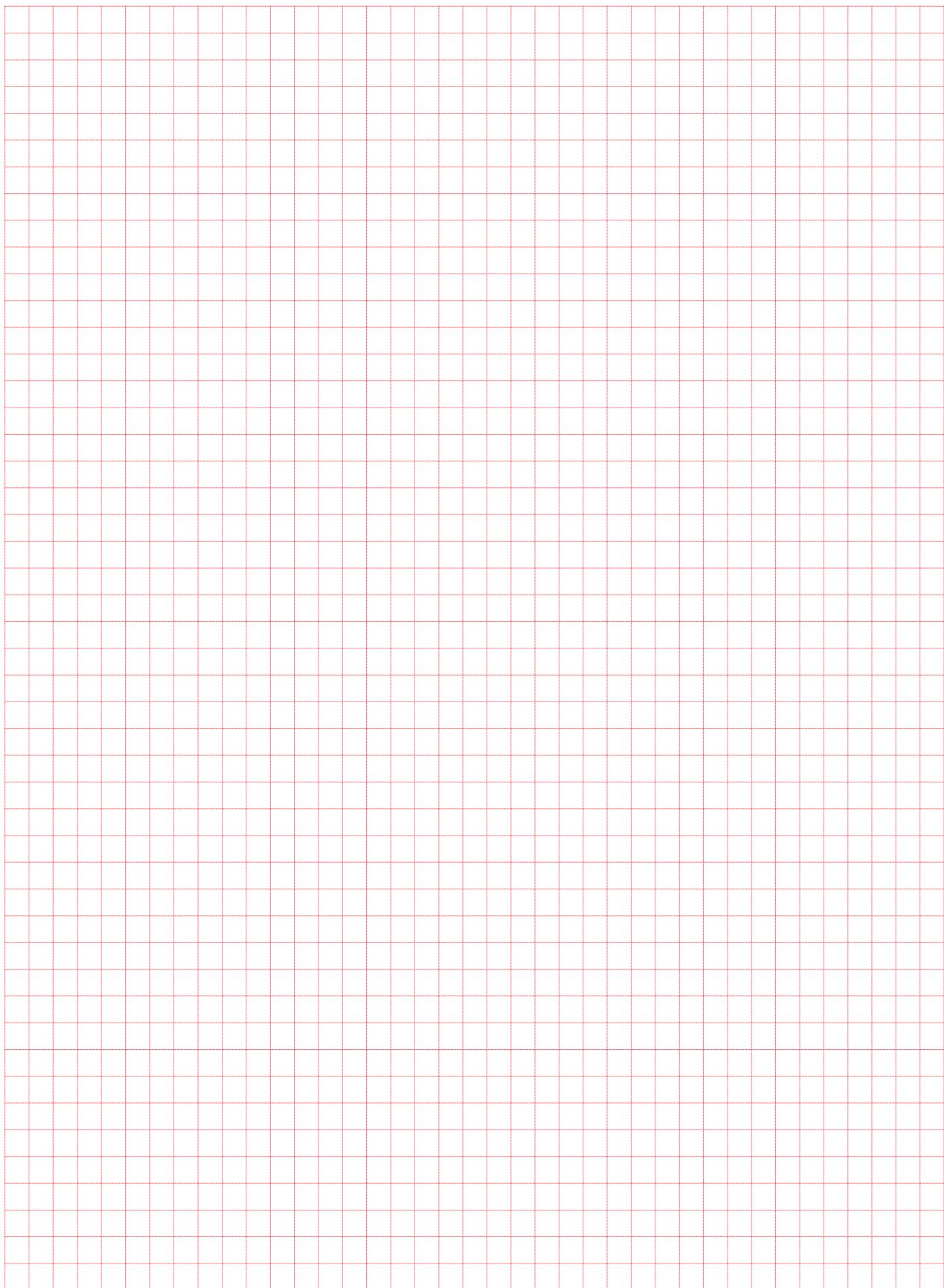
Poste Italiane SpA

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 rectangular area filled with a grid of red horizontal and vertical lines, designed for handwritten text. The grid consists of approximately 20 horizontal rows and 30 vertical columns, providing a clear structure for the document's content.

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, al link: [Informativa dati personali](#)

Luogo* :

Data*:

Firma leggibile*: