

MODULO DI RECLAMO

DATA DEL RECLAMO _____

IL SOTTOSCRITTO _____ CF _____

IN QUALITA' DI _____ DELLA DITTA/SOC. _____

RESIDENTE/CON SEDE IN _____

CONTESTA IL SERVIZIO POSTALE ESPRESSO DALLA DITTA _____
PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

RITARDO DELLA CONSEGNA	MANCATA CONSEGNA	
SMARRIMENTO	MANOMISSIONE	
DETERIORAMENTO	MANCATA RESTITUZIONE CARTOLINA DI RITORNO	
RECAPITO NON CONFORME (DESTINATARIO DIVERSO DA QUELLO INDICATO)	COMPORAMENTO SCORRETTO DEL POSTINO	
ABBANDONO DEGLI INVII	ALTRO	

DESCRIZIONE DEL DANNO SOFFERTO E CONSEGUENZE

--

DETTAGLIO INVIO	TIPO INVIO	
DESTINATARIO	INDIRIZZO	
DATA INVIO	DATA CONSEGNA	
TARIFFA	ALTRO	

Si dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Dlgs 196/2003 e all'art 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR), in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dalla legge, nonché di aver avuto conoscenza che i dati conferiti hanno natura di dati sensibili e pertanto si acconsente al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del presente reclamo. L'informativa sulla Privacy completa è consultabile da sito www.postaprivatacastelforte.it

Per richiesta informazioni potrà essere contattato il Numero Verde Gratuito 800.131.082 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, o inviando una email all'indirizzo martone.poste@gmail.com

Luogo e data

Firma Leggibile

Timbro, firma e data presa in carico _____