

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) | COMPORTAMENTO 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.postaprivatacontornobisacquino.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 tabacchicontorno@libero.it

Luogo e data

Firma Leggibile

Timbro, firma e data presa in carico _____