Domanda di Conciliazione

Alla Segreteria della Commissione di Conciliazione
POSTE ITALIANE - ASSOCIAZIONI DEI CONSUMATORI
Direzione Communication & Advertising - Viale Europa, 190 - 00144 Roma

Il sottoscritto _____ nat ____ a _____ il _____

residente a _____ in _____ Cap _____

titolare del Conto Corrente BancoPosta n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| avendo già presentato reclamo in data _____

e avendo ricevuto (barrare l'opzione desiderata)

☐ una risposta insoddisfacente in data _____

☐ non avendo ricevuto alcuna risposta.

CHIEDE

alla Commissione di Conciliazione di comporre la controversia relativa a (specificare in modo dettagliato l'oggetto della contestazione e le eventuali soluzioni proposte)

_____

_____

_____

_____

_____

a norma del vigente Regolamento di Conciliazione stabilito di comune accordo tra POSTE ITALIANE e le Associazioni dei consumatori aderenti all'iniziativa. Del Regolamento di Conciliazione sopra menzionato il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia unitamente al presente modulo e di accettarne integralmente il contenuto. Con la presente domanda il sottoscritto accetta, altresì, la composizione della Commissione di Conciliazione, formata dal rappresentante di POSTE ITALIANE S.p.A. nominato dall'azienda e dal rappresentante dell'Associazione dei consumatori A.C.U. _____ da me scelta. In assenza di mia indicazione il delegato delle Associazioni che mi rappresenterà sarà individuato secondo un criterio turnario tra i rappresentanti delle Associazioni inseriti in apposito elenco regionale e mi verrà comunicato mediante Raccomandata AR.
Con la presente domanda il sottoscritto conferisce, altresì, autorizza il rappresentante delle Associazioni dei consumatori componente la Commissione di Conciliazione, ad avere accesso a tutti i documenti attinenti la domanda proposta.
Il sottoscritto dichiara di non aver presentato ricorso all'autorità giudiziaria per dirimere la controversia in questione e si impegna a comunicare preventivamente alla Commissione la rinuncia alla domanda, qualora intenda adire l'autorità giudiziaria.
Ai fini del procedimento di Conciliazione, il sottoscritto comunica di seguito il recapito presso il quale dovrà essergli inviato il verbale di conciliazione o di mancato accordo a norma dell'art. 3 commi 6 e 7 del Regolamento di Conciliazione.

Via _____ Città _____

Provincia _____ Cap _____ Telefono _____

Il rimborso per l'eventuale composizione della controversia dovrà essere:

☐ versato sul Conto BancoPosta n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ inviato tramite assegno postale vidimato all'indirizzo sopra indicato.

Alla presente il sottoscritto allega copia della seguente documentazione, riguardante l'oggetto della controversia:

1. _____

2. _____

3. _____

_____, addì Firma (il Cliente) _____

CODICE FRAZIONARIO |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(Da compilarsi a cura dell'Ufficio Postale che riceve la domanda)

I. Copia per Poste Italiane - Edizione 2006