

Domanda di Conciliazione prodotti postali

Alla Commissione di Conciliazione Poste Italiane
Associazioni dei Consumatori c/o Ufficio Comunicazione Territoriale di Poste Italiane

Il sottoscritto _____ nat _____ a _____ il _____
residente a _____ in _____ Cap _____

avendo già presentato reclamo presso

presso: (barrare la voce interessata)

l'Ufficio Postale di _____ in data: _____ la Casella Postale 160 - 00144 di Roma in data: _____
 Il Call Center Unico di Poste Italiane al numero 803.160 in data: _____

per spedizione relativa al prodotto: (barrare la voce interessata)

Posta Raccomandata Posta Assicurata Telegramma Raccomandata 1 Pacco Ordinario
 Postacelere1plus Corriere Nazionale Paccocelere1plus Corriere Nazionale Paccocelere 3 Paccocelere Maxi
 Pacco Ordinario Internazionale Paccocelere Internazionale EMS QPE Servizi al Destinatario

n° _____ spedito in data: _____ Presso l'UP: _____

e avendo ricevuto risposta insoddisfacente: (barrare la voce interessata)

a mezzo lettera del _____ telefonicamente, in data _____
 non avendo ricevuto risposta entro i termini previsti dalla Carta della Qualità

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 designata. In assenza di mia indicazione il delegato delle Associazioni che mi rappresenterà sarà individuato secondo un criterio turnario tra i delegati delle Associazioni inseriti in apposito elenco regionale e mi verrà comunicato all'atto dell'accettazione della domanda da parte della Commissione.

Con la presente domanda il sottoscritto accetta, altresì, la composizione della Commissione di Conciliazione, formata dal rappresentante di POSTE ITALIANE nominato dall'azienda e dal rappresentante delle ASSOCIAZIONI individuato in conformità alle indicazioni di cui sopra, autorizzandolo ad avere accesso a tutti i documenti attinenti la domanda di conciliazione proposta.

Il sottoscritto dichiara di non aver presentato ricorso né all'autorità giudiziaria, né all'autorità di regolamentazione del settore postale per dirimere la controversia in questione e si impegna a comunicare preventivamente alla Commissione la rinuncia alla domanda, qualora intenda adire la autorità giudiziaria ovvero la Autorità di regolamentazione.

Ai fini del procedimento di Conciliazione, il sottoscritto comunica di seguito il recapito presso il quale dovrà essergli inviata la proposta di Conciliazione o il verbale di mancato accordo a norma dell'art. 3 commi 7 e 8 del Regolamento di Conciliazione. A questo stesso indirizzo verrà inviato l'eventuale Assegno Postale riconosciuto quale rimborso per la controversia. Per i titolari di conto Bancoposta indicare il numero di Conto Corrente Postale dove ricevere il rimborso.

Via _____ Città _____ Provincia _____ Cap _____ Tel. _____

Numero di Conto Corrente Postale _____ (solo per i correntisti BancoPosta)

Alla presente il sottoscritto allega copia della seguente documentazione, riguardante l'oggetto della controversia: 1 Fotocopia della ricevuta di spedizione 2 Fotocopia del modulo di reclamo 3 Delega del mittente 4 Fotocopia del documento del delegante 5 _____

_____, addi _____ Firma (il Cliente) _____

CODICE FRAZIONARIO _____

(Da compilarsi a cura dell'operatore dell'Ufficio Postale che riceve la domanda)

UP _____

Firma _____

Firma _____

ASSOCIAZIONE _____

(Da compilarsi a cura dell'addetto dell'Associazione che riceve la domanda)

Note: 1. Si ricorda che non sono oggetto di Conciliazione i servizi accessori collegati a questi prodotti (A.R., Contrassegno)

2. Si rammenta che la Procedura di Conciliazione è gratuita. - 3. Tutti i campi devono essere debitamente compilati.

Poste Italiane Spa la informa che i dati personali da lei forniti nel modulo di domanda di Conciliazione saranno trattati, con modalità cartacee e/o elettroniche esclusivamente per l'espletamento della procedura di Conciliazione ed a tal fine saranno comunicati all'Ufficio di Comunicazione territoriale di Poste Italiane per l'avvio della suddetta procedura. Il conferimento dei dati è obbligatorio. In caso di mancato conferimento non sarà possibile completare la procedura di Conciliazione.

La suddetta attività saranno svolte in qualità di incaricati, dagli operatori degli Uffici Postali presso i quali è presentata la domanda di Conciliazione, nonché dagli operatori dell'Ufficio Comunicazione Territoriale al quale è inviata la suddetta domanda. Titolare del trattamento è Poste Italiane Spa. Responsabile è la funzione Rapporti con le Associazioni della Comunicazione Esterna con sede in Roma, viale Europa, 175. Al suddetto responsabile lei potrà rivolgersi per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.L.G. 196/2003, tra i quali, ad esempio, la conferma dell'esistenza o meno dei dati che la riguardano, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione o la cancellazione dei dati per motivi legittimi. Allo stesso responsabile potrà rivolgersi per conoscere i nominativi degli eventuali, ulteriori responsabili del trattamento.