

## 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.postevalsangone.it](http://www.postevalsangone.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 [postevalsangone@gmail.com](mailto:postevalsangone@gmail.com)

Luogo e data Firma Leggibile

\_\_\_\_\_ Timbro, firma e

data presa in carico \_\_\_\_\_