

Alla Commissione di Conciliazione
POSTE ITALIANE - ASSOCIAZIONI DEI CONSUMATORI

c/o Direzione Comunicazione di Poste Italiane
Viale Europa, 175 - 00144 Roma

DOMANDA DI CONCILIAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in _____ Cap _____
essendosi recato nell'Ufficio Postale di _____
il giorno _____

Breve sintesi dell'accaduto e danni subiti di conseguenza

CHIEDE

alla Commissione di Conciliazione di formulare un'ipotesi di accordo che risolva la sua controversia, 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 conoscerne ed 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 _____ da me designata. In assenza di mia indicazione il delegato delle Associazioni che mi rappresenterà sarà individuato secondo un criterio turnario e mi verrà comunicato all'atto dell'accettazione della domanda da parte della Commissione.

Il sottoscritto dichiara di non aver presentato ricorso all'autorità giudiziaria in ordine alla controversia in questione e si impegna a comunicare preventivamente alla Commissione la rinuncia alla domanda, qualora intenda adire la autorità giudiziaria.

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 5 e 6 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 documentazione, riguardante l'oggetto della controversia.

_____, addì _____ Firma (il Cliente) _____

CODICE FRAZIONARIO _____ UP _____

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

ASSOCIAZIONE _____ Firma _____

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

Poste Italiane Spa e l'Associazione dei consumatori da lei prescelta, in qualità di titolari del trattamento dei dati, la informano 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. Il conferimento dei dati è obbligatorio. In caso di mancato conferimento non sarà possibile espletare la procedura di Conciliazione.

Le suddette attività saranno svolte in qualità di incaricati, dagli operatori degli Uffici Postali presso i quali è presentata la domanda di Conciliazione. Titolare del trattamento è Poste Italiane Spa. Responsabile è il responsabile della funzione Eventi e Rappresentanza della Direzione Comunicazione con sede in Roma, viale Europa, 175. Al suddetto responsabile lei potrà rivolgersi per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, tra i quali, ad esempio, la conferma dell'esistenza o meno dei dati che la riguardano, l'aggiornamento, la rettificazione, 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.