

**DOMANDA DI CONCILIAZIONE**  
**Alla ZERODISTANZE SERVIZI POSTALI INTEGRATI S.R.L.**  
**Via Pasteur, 19 – 72015 Fasano (BR)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
in qualità di:

- mittente
- delegato dal mittente\_Sig. \_\_\_\_\_

avendo già presentato reclamo: (barrare la voce interessata)

- presso l'Ufficio Postale di \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_
- tramite raccomandata n. \_\_\_\_\_ all'indirizzo ZERODISTANZE SERVIZI POSTALI INTEGRATI S.R.L., Via Pasteur, 19 - 72015 Fasano (BR)
- tramite mail all'indirizzo [info@zerodistanze.it](mailto:info@zerodistanze.it) in data \_\_\_\_\_
- tramite la sezione contatti del sito [www.zerodistanze.it](http://www.zerodistanze.it)

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

- Posta Raccomandata Semplice, a/r, 24h;
- Posta Assicurata;
- Pacchi fino a 30 kg;
- altro

n° \_\_\_\_\_ Spedito in data: \_\_\_\_\_ Presso l'Agenzia: \_\_\_\_\_

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

- a mezzo lettera del \_\_\_\_\_
- non avendo ricevuto risposta entro i termini previsti dalla Carta dei Servizi

**CHIEDE**

Alla Direzione della ZERODISTANZE SERVIZI POSTALI INTEGRATI S.R.L., rappresentata dall'Ing. Fanizza Nicola, di comporre la controversia relativa a (specificare in modo dettagliato l'oggetto della contestazione e le eventuali soluzioni proposte)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

avvalendosi della presenza del proprio legale Avv. \_\_\_\_\_ o di un  
rappresentante di categorie a sostegno dei consumatori Sig. \_\_\_\_\_

Ai fini del procedimento di conciliazione, il sottoscritto comunica di seguito il recapito presso il quale dovrà essergli inviato il verbale di conciliazione contenente la proposta transattiva.

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

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

- versato sul Conto n° \_\_\_\_\_
- inviato tramite assegno postale vidimato all'indirizzo sopra indicato;
- inviato tramite bonifico al n. IBAN \_\_\_\_\_

Alla presente il sottoscritto allega copia di un proprio documento d'identità, modulo di reclamo ed eventuale risposta ricevuta.

Data

Firma (il Cliente)

Si dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE n.2016/679 (GDPR), in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dalla legge, nonché di avere 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 dal sito [www.zerodistanze.it](http://www.zerodistanze.it)

**Per richieste di informazioni o di esito, l'Agenzia dovrà contattare il Numero Verde gratuito 800 90 92 42 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 16.00, oppure inviare una mail a [direzione@zerodistanze.it](mailto:direzione@zerodistanze.it).**

Data

Firma (il Cliente)

