

SCHEDA CLIENTE SERVIZIO SEGUIMI

(il servizio sarà attivato non prima di 5 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta)

Il servizio riguarda l'intero nucleo familiare? SI NO Proroga del servizio già attivo

Alla scadenza del servizio il richiedente rientrerà al vecchio indirizzo? SI NO

Per i prodotti da reindirizzare si rimanda alle Condizioni Generali di Contratto

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SEGUIMI (per il reinoltro della corrispondenza) Servizi Opzionali: <input type="checkbox"/> reinoltro all'estero (corrispondenza non a firma) <input type="checkbox"/> reinoltro corrispondenza destinata a persona deceduta(*) <input type="checkbox"/> reinoltro corrispondenza destinata a persona sotto tutela(*) (*) Il richiedente intende attivare il servizio anche per se stesso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 3 mesi <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 12 mesi <input type="checkbox"/> a partire dal / / fino al (facoltativo) / / (durata minima del servizio: 15 giorni) |
| <input type="checkbox"/> SEGUIMI SOLO POSTA A FIRMA | 3 mesi <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 12 mesi <input type="checkbox"/> a partire dal / / fino al (facoltativo) / / (durata minima del servizio: 15 giorni) |

DATI DEL RICHIEDENTE IL SERVIZIO

• Cognome Nome

Data di nascita / / Comune di nascita (o stato estero) Provincia

Sesso M F Codice fiscale [] Telefono

Tipo documento Numero Rilasciato il da

E-mail (dato facoltativo per eventuali comunicazioni riguardo al servizio)

Data e Firma

DATI DI PERSONE CONVIVENTI (se le righe non sono sufficienti allegare un altro modulo. Le firme sono richieste solo per i maggiorenni)

O PERSONA DECEDUTA O SOTTOPOSTA A TUTELA (in questi ultimi casi non compilare documento, delega e consenso)

• Cognome Nome

Data di nascita / / Comune di nascita (o stato estero) Provincia

Sesso M F Codice fiscale [] Telefono

Tipo documento Numero Rilasciato il da

E-mail (dato facoltativo per eventuali comunicazioni riguardo al servizio)

Data e Firma

• Cognome Nome

Data di nascita / / Comune di nascita (o stato estero) Provincia

Sesso M F Codice fiscale [] Telefono

Tipo documento Numero Rilasciato il da

E-mail (dato facoltativo per eventuali comunicazioni riguardo al servizio)

Data e Firma

Dichiara di essere titolare della potestà genitoriale dei sopraindicati familiari minorenni.

Data Firma

VECCHIO INDIRIZZO

Informazioni sull'edificio: scala, piano, interno, isolato, palazzina, etc. (facoltativo)
Via, piazza, etc. n° civico
CAP Località Provincia

NUOVO INDIRIZZO

Se presso altra persona fisica
Informazioni sull'edificio: scala, piano, interno, palazzina etc. (facoltativo) o estremi dell'Ufficio Postale ove è ubicata la casella postale
.....
Via, piazza, etc. o Casella Postale numero n° civico
CAP Località Provincia
Stato estero (solo per il Seguimi per estero)

Data Firma

Ed. Agosto 2022

COPIA PER L'UFFICIO POSTALE

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO POSTALE

Timbro Poste Italiane

Numero Richiesta

Tipo servizio

Dati del servizio attivato

Allegato alla domanda n.

Firma

RICEVUTA DI ADESIONE AL SERVIZIO SEGUIMI

Disciplinati nelle allegate Condizioni Generali di Contratto.

LA COMPILAZIONE DI QUESTA PAGINA È RISERVATA ALL'UFFICIO POSTALE

SERVIZIO SEGUIMI

Timbro Poste Italiane

Numero Richiesta

Tipo servizio

RICHIEDENTE E ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

Ed. Agosto 2022

COPIA PER IL CLIENTE

VECCHIO INDIRIZZO

NUOVO INDIRIZZO