



DOMANDA DI CONCILIAZIONE



PRESENTATA DA:

Codice Cliente

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

P.IVA

RESIDENTE IN VIA

N°

COMUNE DI

CAP

PROV.

TEL.

CELL.

FAX

E-MAIL

Relativamente al sito in fornitura

CODICE POD/CODICE PDR

PREMESSO CHE:

IN DATA

HA PRESENTATO RECLAMO A SORGENIA A MEZZO DI

☐ FAX

☐ POSTA PRIORITARIA

☐ E-MAIL

☐ ALTRO (SPECIFICARE)

Avente ad oggetto la seguente fattispecie (descrivere brevemente il caso o allegare copia del reclamo):

☐ NON AVENDO RICEVUTO RISPOSTA ENTRO IL TERMINE DI 40 GIORNI LAVORATIVI (DEL. ARG/COM N. 164/08 AEEGSI)

☐ RITENENDO LA RISPOSTA NON SODDISFACENTE IN DATA

CON CODICE PROTOCOLLO N°

Sorgenia SpA
Servizio Assistenza Clienti



800.294.333

lunedì - venerdì dalle 8 alle 22
sabato dalle 8 alle 20
festività nazionali escluse



02.45.882.322

@ customercare@sorgenia.it

f [sorgenia](#)

✉ Casella Postale 14287
20152 Milano

AREA WEB RISERVATA

My  SORGENIA

accessibile da www.sorgenia.it



DOMANDA DI CONCILIAZIONE

CHIEDE

Alla commissione paritetica di conciliazione di individuare una ipotesi di accordo conciliativo per comporre la controversia insorta in base a quanto previsto dal Protocollo di Conciliazione Associazioni dei consumatori-Sorgenia.

Il sottoscritto dichiara di conoscere e di accettare la procedura di conciliazione Associazioni dei consumatori-Sorgenia, ispirata ai principi delle Raccomandazioni Europee 257/98/CE e 2001/310/CE, e si impegna a non intraprendere o proseguire iniziative di natura giudiziale in attesa della discussione del proprio caso da parte della commissione paritetica e del relativo esito.

Conferisce mandato, di cui si allega copia, alla seguente Associazione dei consumatori

firmataria del **Protocollo di Conciliazione Associazioni dei consumatori- Sorgenia**, ad espletare tutto quanto previsto al fine di comporre la controversia in via conciliativa per il tramite di un rappresentante conciliatore da questa designato secondo criteri di professionalità e competenza.

Si rende disponibile ad essere sentito o contattato dalla commissione di conciliazione laddove se ne ravvedesse l'opportunità e indica a tal fine i seguenti recapiti ai quali potrà essere inviato anche il verbale contenente il risultato della conciliazione:

VIA	CITTÀ		
<input type="text"/>			
PROVINCIA DI	CAP		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELEFONO	EVENTUALE FAX	EVENTUALE EMAIL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

IL SOTTOSCRITTO,

dichiara di essere pienamente informato del fatto che:

- ☐ in ogni momento ha diritto di rifiutare di partecipare alla procedura di conciliazione o di poter recedere dalla stessa e di adire il sistema giudiziario o altri meccanismi di risoluzione stragiudiziale della controversie, previa comunicazione all'Ufficio di conciliazione anche per tramite dell'Associazioni dei consumatori indicata
- ☐ il risultato della conciliazione potrebbe per sua natura essere diverso da quello ottenibile attraverso una procedura giudiziale
- ☐ ha la scelta di accettare o meno la proposta conciliativa formulata dalla commissione entro 7 giorni lavorativi
- ☐ il verbale ha efficacia di accordo transattivo ai sensi dell'art 1965 codice civile
- ☐ ogni argomentazione, informazione o proposta relativa alla controversia liberamente espressa e prodotta è coperta da riservatezza.

Data (gg/mm/aaaa) / /

Firma

Si allega alla presente la seguente documentazione:

1.
2.
3.
4.

Informativa ai sensi dell'art 13 del d.lgs 196/2003

Acconsento al trattamento dei dati personali da parte dell'Ufficio di conciliazione paritetica Associazioni dei consumatori- Sorgenia, per le sole ed esclusive finalità di cui al relativo protocollo di conciliazione.

Responsabile del trattamento dati è _____ sede di Milano – Via Viviani, 12, 20124 Milano.
Al suddetto responsabile potrà rivolgermi per esercitare i diritti previsti dall'art 7 del dlgs quali ad esempio aggiornamento, rettifica, integrazione o cancellazione dei dati.

Data (gg/mm/aaaa) / /

Firma