

Avviso di ricevimento

compilazione a cura del mittente

☒	Raccomandata	☐	Pacco
☐	Assicurata	Euro	

1	5	4	0	6	1	7	7	9	9	9	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Numero
BARI CMP

Data di spedizione _____ Dall'ufficio di _____

06/10/899 _____ compilazione a cura del mittente

Destinatario **Eserc. potestà genitoriale di MALATESTA MICHELLE 136701**

VIA MAGLIE, 15

Via _____

74100 **TARANTO**

C.A.P. _____ Località _____

Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

☐

Consegna effettuata ai sensi dell'art. 21 della Delibera AGCom 385/12/CONS del 20 giugno 2013:

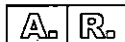
- Invii multipli a un unico destinatario
- Sottoscrizione rifiutata



Bollo dell'ufficio
di distribuzione

Posteitaliane

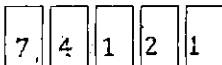
Avviso di ricevimento



Da restituire a

AMAT SEA

VIA CESARE BATTISTI, 657



TARANTO

