

Avviso di ricevimento

compilazione a cura del mittente

☒	Raccomandata	☐	Pacco
☐	Assicurata	Euro	

BARI CMP
Poste

1	8	4	4	2	0	9	9	1	7	3	9	0	5	6	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Numero
Italiane
BARI CMP

Data di spedizione _____ Dall'ufficio di _____

09 17 0596 _____ compilazione a cura del mittente

Destinatario Eserc. potestà genitoriale di LUCARELLI LETIZIA 141886

Via VIA DEI CADUTI IN GUERRA; 1

74100 STATTE-TA-

C.A.P. _____ Località _____

Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

☐

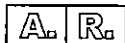
Consegna effettuata ai sensi dell'art. 21 della Delibera AGCom 385/12/CONS del 20 giugno 2013:

- Invii multipli a un unico destinatario
- Sottoscrizione rifiutata

Bollo dell'ufficio
di distribuzione

Posteitaliane

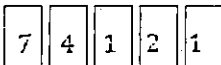
Avviso di ricevimento



Da restituire a

AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI, 657



TARANTO

