

Avviso di ricevimento

compilazione a cura del mittente

☐

Raccomandata

☐

Pacco

☐

Assicurata

Euro

BARI CMP
Poste

25 01

1017134414740016/10/2017

Numero

ital

Data di spedizione

Dall'ufficio di

Destinatario

Eserc. potesta' genitoriale di CARENZA FLAVIO

Via

VIA MEDAGLIE D' ORO, 6

C.A.P.

74100 TARANTO

10171344

147400 16/10/2017

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:

- Invi multipli a un unico destinatario
- Sottoscrizione rifiutata

Bollo dell'ufficio
di distribuzione

