

VERBALE DI INAMMISSIBILITÀ della richiesta di Conciliazione

Data: _____

Numero Protocollo: _____

Consumatrice / Consumatore:

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

indirizzo: _____

Telefono / Email: _____

Parte Commerciale:

Ragione Sociale: _____

Referente: _____

Sede Legale: _____

Oggetto del Reclamo:

Sintesi: _____

Data presentazione istanza: _____

Verifica

dell'Ammissibilità:

Esaminata la documentazione presentata e verificati i requisiti previsti dal Regolamento della Conciliazione Paritetica, si dichiara la domanda:

INAMMISSIBILE

Motivazione dell'inammissibilità (barrare quella che si applica):

- ☐ Mancata presentazione di un reclamo formale alla Parte commerciale.
- ☐ Mancata ratifica da parte della Parte commerciale della richiesta di Conciliazione avanzata dal/dai consumatori
- ☐ Materia estranea all'ambito della Conciliazione Paritetica.
- ☐ Documentazione incompleta/non conforme.
- ☐ Altro: _____

La domanda è quindi **non ammessa** alla procedura di Conciliazione. Il Consumatore potrà eventualmente ripresentare l'istanza correggendo le eventuali irregolarità, oppure rivolgersi ad altri strumenti di tutela.

Data e Firma dell'Organismo di Conciliazione / Segreteria Tecnica:

(Timbro o firma digitale, se prevista)