

Avviso di ricevimento

compilazione a cura del mittente



Raccomandata



Pacco



Assicurata

Euro

1	5	4	1	2	5	4	3	3	5	3	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Numero

BARI CMP

06171351

Data di spedizione _____ Dall'ufficio di _____

compilazione a cura del mittente

Destinatario Eserc. potestà genitoriale di MALATESTA MICHELLE 138317

Via VIA MAGLIE, 15

C.A.P. 74100 Località TARANTO

17 OTT. 2018

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



Posteitaliane

Avviso di ricevimento



Da restituire a

AMAT-SPA

VIA CESARE BATTISTI, 657



TARANTO