



Modello per denunciare le violazioni da parte degli operatori alle norme del settore di comunicazione elettronica. Possono presentare denuncia tutti i soggetti interessati, consumatori, utenti, associazioni a tutela dei medesimi.

Il presente modello **deve essere utilizzato esclusivamente** per:

- **reclami/denunce in materia di servizio universale – attivazione/trasloco della prima linea telefonica fissa e telefonia pubblica** (ai sensi dell'art. 53 e seguenti del D.lgs 1° agosto 2003, n. 259 e s.m.i.)
- **segnalare l'uso improprio delle numerazioni sui servizi a sovrapprezzo** (Delibera Agcom n.26/08/CIR e s.m.i., art. 19 – **Codici:** 892, 894, 895 e 899 e art.21 – **Codici:**43 e 44, 46 e 47, 48 e 49, 455); (DM 145/06, **Sanzioni** artt. 20 e 21).

I reclami/denunce afferenti la regione Toscana dovranno essere indirizzati al:

Ministero dello Sviluppo Economico – Direzione Generale per le attività territoriali
Divisione II - Ispettorato Territoriale Toscana – Affari Generali e Giuridici
Via Pellicceria, 3 – 50123 Firenze

e spediti in una delle seguenti modalità: **a)** via fax al numero: **0552724339**; **b)** per posta;
c) tramite posta elettronica all'indirizzo PEC: **dgat.div02.isptsc@pec.mise.gov.it**

Tutti gli altri reclami/denunce, segnalazioni riguardanti: mancato passaggio ad altro operatore di rete fissa, contestazione fatture, attivazione o disattivazione di un servizio, illegittima sospensione del servizio, etc. di competenza dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni vanno redatte esclusivamente sul modello "D" pubblicato sul sito www.agcom.it dell'Autorità medesima.

Le problematiche riguardanti i reclami/denunce attinenti le infrastrutture di telecomunicazioni (**pali, antenne, cavi**, etc.) poste sia su luogo pubblico che privato sono di competenza degli organi locali di gestione del territorio quali **Regioni, Province, Comuni** (vedi art. 86 D.lgs 259/2003). Pertanto, dovranno essere presentate solo ed esclusivamente ai suddetti enti territoriali.

1. DATI DEL DENUNCIANTE Compilare in stampatello. Non saranno prese in considerazione domande illeggibili.

Nome*:	Cognome*:
Rag. sociale*:	In nome e per conto di:
Indirizzo*:	
Cap*:	Città*:
Recapito telefonico:	Cellulare:
Fax:	e-mail

(*) campi obbligatori

Associazioni di tutela dei Consumatori

Denominazione Associazione:

In nome e per conto di:

2. TIPOLOGIA DI SERVIZIO

- Telefonia fissa Telefonia pubblica Internet banda stretta (esclusa ADSL) Servizi a sovrapprezzo Altro

3. OPERATORE INTERESSATO

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> BT Italia Spa | <input type="checkbox"/> TeleTu | <input type="checkbox"/> TWT Spa |
| <input type="checkbox"/> Cloud Italia | <input type="checkbox"/> Noatel Spa | <input type="checkbox"/> Vodafone (fisso e Internet) |
| <input type="checkbox"/> DecatelSrl | <input type="checkbox"/> Telecom Italia(fisso e Internet) | <input type="checkbox"/> WebcomTlcSrl |
| <input type="checkbox"/> Fastweb Spa | <input type="checkbox"/> Teleunit Spa | <input type="checkbox"/> Wind (fisso e Internet) |
| <input type="checkbox"/> H3G Spa | <input type="checkbox"/> Tiscali Italia Spa | <input type="checkbox"/> Altro operatore: |

