

DISATTIVAZIONE O
SOSPENSIONE



SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Il/La sottoscritto/a _____ tel. _____

RINUNCIA

al servizio di “Telesoccorso e Telecontrollo”

intestato a _____ nat ____ a _____ il _____
residente a _____ Via _____ tel. _____

Per le seguenti motivazioni:

Disattivazione

Sospensione Temporanea (per periodo non inferiore a 3 mesi)

Per il ritiro dell'apparecchio, pregasi contattare:

_____ Tel. _____

Ai sensi del D.Leg n.196/2003 sulla riservatezza dei dati personali, dichiara di essere stato compiutamente informato sulla finalità e modalità del trattamento dei dati consapevolmente forniti nel presente documento e di autorizzare l'utilizzo e l'archiviazione in banca dati.

Comune di _____ , lì _____ Firma _____