

DISATTIVAZIONE O  
SOSPENSIONE



## SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Il/La sottoscritt o/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 \_\_\_\_\_