

Città di Motta di Livenza

PROVINCIA DI TREVISO

MOD. 4

DISATTIVAZIONE TELESOCORSO/ TELECONTROLLO

Il sottoscritto (persona richiedente) _____

CHIEDE LA DISATTIVAZIONE

del servizio di telesoccorso / telecontrollo attivato in data _____

a favore di _____

per il seguente motivo (specificare) _____

con decorrenza dal _____ .

Per il prelievo dell'apparecchio contattare il/la sig./a _____

telefono _____ .

Motta di Livenza, li _____

Firma _____

(Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa).

Firma _____