

**Spett. le
Telecom Italia S.p.A.
Casella Postale 111
00054 Fiumicino (Roma)**

o fax n. 800000187

**Oggetto: RICHIESTA DI DISDETTA DEL SERVIZIO DI AUTODISABILITAZIONE A CHIAVE
NUMERICA**

Tel. n.....

Il/La sottoscritto/a.....
codice fiscale..... titolare della linea telefonica n°
indirizzo (via, piazza) CAP.....
Località.....

CHIEDE

la disdetta del servizio di autodisabilitazione a chiave numerica.

Dichiara di essere a conoscenza che il recesso produce effetto non oltre 15 (quindici) giorni dalla data di ricezione della comunicazione inviata.

Data _____

Firma _____

Allegato: fotocopia del documento d'identità