

MODULO REVOCA DEL SERVIZIO

CHI SEGNALE:

Cognome:

Nome:

Residente a:

Via Cap:

Tel.:

PER CHI SEGNALE:

Cognome:

Nome:

Residente a:

Via Cap:

Tel.:

☐ **REVOCA**

Descrivere motivazioni, modalità e tempistiche di revoca del servizio:

Data

Firma

La segnalazione può essere effettuata:

- inviando la presente scheda a ItaliAssistenza S.p.A. via mail all'indirizzo: curedomiciliari@italiassistenza.it
- chiamando la Centrale Operativa di ItaliAssistenza S.p.A. al numero: 800.566.999

ItaliAssistenza S.p.A. risponderà entro 5 giorni lavorativi dalla ricezione del modulo di revoca del servizio.

