CHIAMATE DI DISTURBO - RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO CHE RENDE TEMPORANEAMENTE INEFFICACE LA SOPPRESSIONE DELL'IDENTIFICAZIONE DEL NUMERO CHIAMANTE (SERVIZIO DI OVERRIDE)

Il/la Sottoscritto/a .....

Nato il ..... Comune di nascita ..... Provincia .....

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Partita IVA .....

❏ Intestatario

❏ Legale Rappresentante della Ditta/Società .....
(da barrare e compilare solo in caso di impresa)

della Carta SIM facente capo al numero di telefono ..... / .....

RICHIEDE

AI SENSI DELL'ART. 127 DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D. LGS. N. 196/2003)

l'attivazione del servizio che rende temporaneamente inefficace la soppressione dell'identificazione del numero chiamante a partire dalla data di attivazione per giorni ..... (il numero massimo dei giorni non puo' superare 15), in quanto ha ricevuto chiamate di disturbo sulla Carta SIM sopra indicata.

Dettaglio traffico telefonico in entrata (barrare se richiesto)

❏ Richiede inoltre, se disponibili, i dati di traffico telefonico in entrata registrati sulla Carta SIM sopra indicata durante il periodo di attivazione del servizio.

PostePay S.p.A. procederà all'addebito sul credito residuo della Carta SIM sopra indicata del corrispettivo previsto per la gestione del servizio di override. Il servizio di override verrà attivato alla ricezione del presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto, e contestualmente all'addebito del relativo corrispettivo, nei tempi tecnici necessari. Il cliente sarà informato tramite SMS dell'attivazione e della successiva disattivazione del servizio stesso. Per informazioni su condizioni e costi del servizio consultare il sito web di PosteMobile o contattare il Servizio Clienti PosteMobile.

L'invio dei dati richiesti dovrà avvenire (barrare una sola voce)

❏ In busta chiusa all'indirizzo di seguito riportato:

Via .....

Città.....CAP.....Provincia.....

❏ Tramite email all'indirizzo .....
(è responsabilità del cliente indicare un indirizzo e-mail di sua esclusiva disponibilità)

A TAL FINE DICHIARA

Consapevole delle responsabilità penali previste dalla legge in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni:

- di essere l'intestatario/legale rappresentante del numero telefonico sopra indicato, in relazione al quale chiede l'attivazione del servizio di soppressione dell'identificazione del numero chiamante;
- di utilizzare i dati ricevuti esclusivamente per le finalità di tutela rispetto alle chiamate di disturbo ricevute;
- di manlevare Poste Pay S.p.A. da qualsivoglia responsabilità derivante dall'attivazione di tale servizio;
- di aver preso visione dell'Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE disponibile sul sito www.postemobile.it o presso gli Uffici Postali e diprestare il consenso al trattamento dei propri dati personali, ove necessario, per le finalità di cui al presente modulo.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.

Data ..... Firma dell'intestatario/legale rappresentante .....

Inviare il documento compilato e firmato, unitamente a copia dei documenti sopra indicati, tramite mail all'indirizzo info@postemobile.it o fax al numero gratuito **800.242.626** oppure tramite lettera a Casella Postale 3000, 37138 Verona (VR)

Ed. Giugno 2025