

## RICHIESTA DESTINAZIONE TRAFFICO RESIDUO POST CESSAZIONE

Da consegnare a Punto Vendita di Associata di COOP Italia presso cui è disponibile il servizio di attivazione Coop Voce o inviare a COOP Italia via fax al n. 800 51 05 11 o via mail all'indirizzo [comunicazioni@coopvoce.it](mailto:comunicazioni@coopvoce.it)

### 1. Dati del cliente

Nome ..... Cognome ..... Codice Fiscale.....

Data di nascita ..... Luogo di Nascita ..... Prov. ....

Indirizzo ..... n. ....

Comune e Frazione ..... Prov. .... CAP .....

Recapito telefonico alternativo .....

Documento di Identificazione: ☐ Patente<sup>1</sup> ☐ Carta di identità ☐ Passaporto

☐ Altro (specificare): .....

Nazionalità documento ..... Numero Documento .....

Rilasciato da ..... il ..... data scadenza .....

### 2. Autocertificazione e comunicazione di esercizio del recesso

Il sottoscritto, a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 il quale prevede che il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione o l'uso di atti falsi sono stati puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, **dichiara ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 di essere intestatario dell'utenza CoopVoce** (Numero CoopVoce) ..... / ....., N. ICC-ID (per utenze GSM - si trova sulla SIM CoopVoce) .....

Con la presente il sottoscritto chiede, relativamente agli eventuali Elementi di Traffico residui al momento della cessazione del Contratto con Coop Italia, che:

☐ **Opzione 1:** gli stessi vengano imputati alla **utenza/e CoopVoce** (Numero CoopVoce) ..... / ..... N. ICC-ID (per utenze GSM - si trova sulla SIM CoopVoce) ..... intestata a (Nome e Cognome) ..... Codice Fiscale.....

oppure

☐ **Opzione 2:** venga consegnata al sottoscritto una somma di denaro pari al valore degli eventuali Elementi di Traffico residui

oppure

☐ **Opzione 3:** venga consegnato al sottoscritto un **buono spesa** di valore nominale pari agli eventuali Elementi di Traffico residui utilizzabile nei Punti Vendita dell'Associata di COOP Italia indicata sul buono spesa

COOP Italia darà seguito alla scelta sopra espressa entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della presente richiesta.

<sup>1</sup>Solo se emessa dalla prefettura

Il sottoscritto prende atto che COOP Italia si riserva la possibilità di effettuare verifiche e nel caso di posizione fraudolenta la procedura di cui al presente atto potrà non andare a buon fine e che, in ogni caso, COOP Italia provvederà a comunicare l'eventuale esito negativo della richiesta.

Ai sensi degli articoli 23 e 123 del D.Lgs. 196/03 ("Codice per la protezione dei dati personali") dichiaro di aver già preso visione dell'informativa e di aver già espresso libero ed informato consenso al trattamento dei miei dati personali.

Allegati ai soli fini legali:

- 1) Copia di documento di identità del Cliente in corso di validità
- 2) Nel solo caso di Opzione 1, copia del documento di identità del beneficiario del traffico residuo

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario del traffico residuo per accettazione (nel solo caso di Opzione 1)

\_\_\_\_\_

**Punto Vendita presso cui è stata effettuata la richiesta**

Codice ..... Negozio ..... Cooperativa .....