



Modulo richiesta agevolazioni per non vedenti e non udenti, ai sensi della Delibera 46/17/CONS

Nome e cognome: _____

Via/Piazza/Località: _____

Comune: _____ Prov: _____ Cap: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Email: _____

Codice fiscale:

Il sottoscritto, in quanto utente non vedente/non udente o utente convivente con un disabile non vedente/non udente

CHIEDE

l'agevolazione prevista ai sensi della Delibera 46/17/CONS, ossia una riduzione del 50% del canone mensile del servizio Largabanda prescelto:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fino a 10/1 standard + 100 minuti Voip € 22,00 + IVA | <input type="checkbox"/> Fino a 10/1 premium + 100 minuti Voip € 25,00 + IVA |
| <input type="checkbox"/> Fino a 30/3 standard + 100 minuti Voip € 26,00 + IVA | <input type="checkbox"/> Fino a 30/3 premium + 100 minuti Voip € 29,00 + IVA |
| <input type="checkbox"/> Pacchetto VoIP 300 minuti € 9,00 + IVA al mese | <input type="checkbox"/> Pacchetto VoIP 500 minuti € 12,00 + IVA al mese |
| <input type="checkbox"/> Pacchetto VoIP 1000 minuti € 17,00 + IVA al mese | <input type="checkbox"/> Pacchetto VoIP chiamate illimitate (su progetto) |
| <input type="checkbox"/> Portabilità numero € 20,00 + IVA (una tantum) e canone mensile € 4,00 + IVA | |
| <input type="checkbox"/> Pubblicazione in elenco € 20,00 + IVA (una tantum) | |

Documenti da allegare ai fini dell'agevolazione

- ✓ certificato medico rilasciato dalla competente autorità sanitaria pubblica, comprovante la sordità, la cecità totale o parziale;
- ✓ certificato relativo alla composizione del nucleo familiare (solo in caso di utente convivente con disabile non vedente/non udente)

Autorizzo Alfanews S.r.l. - Largabanda al trattamento dei dati particolari ai sensi del Regolamento UE 2016/679, ai fini della verifica, da parte di Alfanews S.r.l. - Largabanda medesima, del rispetto dei requisiti previsti dall'art.4 della Delibera 46/17/CONS.

Data _____

Firma Cliente _____