

MODULO AGEVOLAZIONE ECONOMICA UTENTI DISABILI

Il presente documento ha lo scopo di richiedere l'attivazione dell'offerta dedicata ai clienti ciechi, parzialmente ciechi e sordi, in adempimento a quanto previsto dalla Delibera n. 46/17/CONS (Misure specifiche e Disposizioni in materia di condizioni economiche agevolate, riservate a particolari categorie di clientela, per i servizi di Comunicazione Elettronica da postazione fissa e mobile.

Per richiedere l'applicazione dell'offerta dedicata è necessario:

- Sottoscrivere un'offerta WINDTRE
- Compilare il presente modulo in tutte le sue parti
- Allegare alla presente domanda la certificazione medica rilasciata dalla competente autorità sanitaria pubblica comprovante la sordità, la cecità totale o parziale
- Lo stato di famiglia qualora la domanda sia presentata da utente convivente, in caso di Offerta Fissa WINDTRE.

L'offerta che le consentirà di usufruire delle agevolazioni economiche sul costo previsto dal contratto sottoscritto, avrà inizio nel giorno di inserimento della presente domanda, solo se correttamente compilata e comprensiva dei documenti richiesti.

DATI PERSONALI (INTESTATARIO DEL CONTRATTO WINDTRE)

Cognome _____				Nome _____				Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Codice Fiscale				Data di nascita / /							
Luogo di nascita _____								Prov.			
Residenza (Via, P.zza, ecc.) _____								N.			
Comune						CAP		Prov.			
Documento d'identità <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> PAT <input type="checkbox"/> PASS Numero documento _____											
Rilasciato da <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Questura di _____				Data di rilascio / /							
Tel				Cell				Fax			
Indirizzo di posta elettronica _____											
Codice Cliente						(solo se già Cliente)					

Dichiaro di avere diritto all'agevolazione economica prevista dalla Delibera n. 46/17/CONS (Misure Specifiche e Disposizioni in materia di condizioni economiche agevolate, riservate a particolari categorie di clientela, per i servizi di Comunicazione Elettronica da postazione fissa e mobile) in quanto affetto da:

- cecità totale cecità parziale sordità

Opzione valida solo per Offerta Fissa, in quanto convivente con un familiare affetto da:

- cecità totale cecità parziale sordità

Data | | | | | | | | Firma del contraente (per esteso e leggibile) _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 26 D.Lgs. 196/03 Codice Privacy, autorizzo al trattamento dei miei dati sensibili anche ai fini delle verifiche da parte di WINDTRE della sussistenza dei requisiti previsti dalla Delibera AGCOM 46/17/CONS.

Data | | | | | | | | Firma del contraente (per esteso e leggibile) _____

La documentazione allegata dovrà essere compilata e spedita al seguente indirizzo:
Wind Tre S.p.A. CD MILANO RECAPITO BAGGIO - Casella Postale 159 - 20152 Milano (MI).

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL' ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679

La presente informativa integra l'informativa privacy fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 per l'attivazione dell'offerta WINDTRE. WINDTRE in qualità di Titolare del trattamento tratterà i tuoi dati sensibili forniti in attuazione della Delibera AGCOM 46/17/CONS, per le finalità strettamente connesse all'erogazione del servizio da te richiesto e per la verifica delle condizioni richieste dalla Delibera richiamata e fondere quindi delle agevolazioni economiche previste.