



the future you want

Modulo agevolazione economica utenti disabili

Modulo Attivazione per 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 3
- 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 3.

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

DATI PERSONALI (INTESTATARIO CONTRATTO TRE)

Cognome Nome	Sesso	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
Codice fiscale	Data di nascita	/ /	
Luogo di nascita		Prov.	
Residenza (Via, ecc.) n°			
Città/Località		Prov.	CAP
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	in data
/ /			
Recapiti: Tel.fisso	/	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 Wind Tre 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. – Casella Postale 14155-Ufficio Postale Milano 65- 20152 Milano MI.

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL CODICE PRIVACY

La presente informativa integra l'informativa privacy fornita ai sensi dell'art. 13 del Codice Privacy per l'attivazione dell'offerta Wind Tre. Wind Tre 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 godere quindi delle agevolazioni economiche previste.