

Modulo richiesta agevolazioni (Delibera 46/17/CONS) per non vedenti e non udenti

Io sottoscritto/a:

(Nome) _____	(Cognome) _____
Luogo e data di nascita _____	
Residenza _____	E-mail _____
Codice fiscale _____	

In quanto (barrare solo una delle due opzioni):

utente non vedente/non udente

utente convivente con un disabile non vedente/non udente

In riferimento al servizio **UMBRIANET** _____

<input type="checkbox"/> Richiesto (nuovo ordine)	<input type="checkbox"/> Attivato
	In data _____
	Codice Contratto _____

CHIEDO

la riduzione del 50% del canone mensile del servizio prescelto ai sensi della Delibera 46/17/CONS;

Allego alla presente:

- **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 **UMBRIANET** Srl al trattamento dei dati particolari ai sensi del Regolamento UE 2016/679, ai fini della verifica, da parte di **UMBRIANET** Srl medesima, del rispetto dei requisiti previsti dall'art.4 della Delibera 46/17/CONS.

Data _____

Firma Cliente _____

In caso di nuovo ordine o di servizio esistente (già attivo), modello da inviare a mezzo posta elettronica all'indirizzo commerciale@umbria.net.