

## Modulo di richiesta agevolazione per disabilità visive e uditive

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:

- 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

Con l'invio del presente modulo si autorizza Very a essere ricontattati per procedere con la verifica delle informazioni, l'identificazione del richiedente e l'immissione dell'ordine.

Il servizio clienti Very prenderà in carico la richiesta solo se correttamente compilata e comprensiva dei documenti richiesti.

### Dati personali

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"/> C.I. <input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> PASSAPORTO	Numero documento			
Rilasciato da: <input type="checkbox"/> Comune di <input type="checkbox"/> Questura di	in data     /     /			
Recapiti: Tel. fisso	Cell.	Fax		

**Indirizzo email:**

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/a 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 Very della sussistenza dei requisiti previsti dalla Delibera AGCOM 46/17/CONS.

Data \_\_\_\_\_ Firma del contraente (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

Compila questo modulo in ogni sua parte, firmalo, allega il certificato di invalidità e la copia fronte/retro del tuo documento di identità e invia il tutto via email ad [agevolazioni@verymobile.it](mailto:agevolazioni@verymobile.it). Ricorda di specificare come **oggetto dell'email** "AGEVOLAZIONE CLIENTI CON DISABILITÀ VISIVE E UDITIVE".

### Fascia oraria ricontatto

Seleziona il giorno e la fascia oraria in cui preferisci essere ricontattato/a, normalmente a partire da 48 ore dopo la ricezione della tua richiesta.

Giorno:  Lunedì  Martedì  Mercoledì  Giovedì  Venerdì  Sabato

Ora:  8-10  10-12  12-14  14-16  16-18  18-20

### INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL' ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

La presente informativa integra l'informativa privacy fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali per l'attivazione dell'offerta Very. Wind Tre S.p.A. 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.