

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

Dati personali

Io sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ Luogo e data di nascita _____

Residente in Provincia di _____ Località _____

Via _____

E-mail _____

In quanto:

- Utente non vedente/non udente
 Utente convivente con un disabile non vedente/non udente

CHIEDO

con riferimento al servizio E-Mind s.r.l.:

- richiesto (nuovo ordine)
 attivato (servizio esistente)

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

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

Data ___ / ___ / _____ Firma Cliente _____

Il modulo dovrà essere inviato all'indirizzo di posta elettronica commerciale@e-mind.it