

RICHIESTA DELL'AGEVOLAZIONE AI SENSI DELLA DELIBERA N. 46/17/CONS

In ottemperanza a quanto previsto dalla Delibera AGCom n. 290/21/CONS ("DISPOSIZIONI IN MATERIA DI MISURE RISERVATE A CONSUMATORI CON DISABILITÀ PER I SERVIZI DI COMUNICAZIONE ELETTRONICA DA POSTAZIONE FISSA E MOBILE"), Sorgenia prevede offerte dedicate ai non udenti ai non vedenti e agli invalidi con gravi limitazioni della capacità di deambulazione per i servizi dati su fibra ottica FTTH. Per usufruire delle agevolazioni economiche è necessario appartenere alle categorie individuate dalla legge n. 381 del 1970 s.m.i. (utenti sordi) e dalla legge n. 138 del 2001 (utenti ciechi), e dalla legge n. 388/2000 (utenti invalidi con gravi limitazioni della capacità di deambulazione).

La richiesta deve avvenire fornendo la seguente documentazione:

- Modulo di richiesta dell'agevolazione riportato di seguito
- Certificazione medica rilasciata dalla ASL competente per territorio o da altro Ente titolato comprovante l'invalidità (sordità o cecità, totale/parziale)
- Certificazione di stato di famiglia rilasciata dal comune di residenza ovvero dichiarazione sostitutiva (autocertificazione) relativa alla composizione del nucleo familiare (se la domanda per l'agevolazione è presentata da un familiare)
- Gli invalidi con gravi limitazioni della capacità di deambulazione potranno presentare la richiesta per accedere all'agevolazione nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2022 e il 1 aprile 2022, con decorrenza dell'agevolazione a partire dal 30 aprile 2022

La documentazione deve essere inoltrata a:

E-mail: customercarefibra@sorgenia.it

Fax: 055.77.97.298

Casella Postale: 14287 - 20152 Milano

MODULO DI RICHIESTA DELL'AGEVOLAZIONE

Sezione da compilare e sottoscrivere in ogni sua parte:

DATI DEL CLIENTE	
Codice Cliente	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>
Prov	<input type="text"/>
CF	<input type="text"/>
Indirizzo di fornitura	
Via	<input type="text"/>
Città	<input type="text"/>
Prov	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

Il cliente richiede di usufruire delle agevolazioni economiche previste dalla Del. AGCom n. 46/17/CONS e

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti previsti in quanto (barrare solo una casella):

- Persona non udente e/o non vedente totale o parziale
- Persona invalida con gravi limitazioni della capacità di deambulazione
- Nel nucleo familiare risiede una persona non udente e/o non vedente totale o parziale e/o con gravi limitazioni della capacità di deambulazione.

DATI ANAGRAFICI DEL FAMILIARE INVALIDO	
Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
CF	<input type="text"/>

Data Firma _____