

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

In ottemperanza a quanto previsto dalla Delibera AGCom 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"), Sorgenia prevede offerte dedicate ai non udenti e non vedenti 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).

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)

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
- Nel nucleo familiare risiede una persona non udente e/o non vedente totale o parziale.

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

Data Firma _____