



**MODULO RICHIESTA AGEVOLAZIONI PER UTENTI PRIVATI
NON VEDENTI E NON UDENTI
AI SENSI DELLA DELIBERA 46/17/CONS**

Il sottoscritto, di seguito "Cliente", così come sotto identificato, chiede a antennaGO srl di poter usufruire dei servizi alle condizioni di seguito riportate

DATI ANAGRAFICI				
Nome:		Cognome:		
Nato/a:	il:	Prov.:	C.F.:	
Indirizzo:	N°:	Comune:	CAP:	Prov.:
Telefono:		Email:		
IN QUALITA' DI				
<input type="checkbox"/> Utente non vedente / non udente				
<input type="checkbox"/> Utente convivente con un disabile non vedente / non udente				
In riferimento al contratto		sottoscritto in data		
CHIEDE				
l'agevolazione prevista ai sensi della Delibera 46/17/CONS, ovvero la 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);				
Autorizza antennaGO srl al trattamento dei dati particolari ai sensi del Regolamento UE 2016/679, ai fini della verifica, da parte di antennaGO srl medesima, del rispetto dei requisiti previsti dall'art.4 della Delibera 46/17/CONS.				
Empoli, __/__/____		Firma leggibile e per esteso _____		