

MODULO DI RICHIESTA ATTIVAZIONE OFFERTA NON UDENTI POSTECASA ULTRAVELOCE

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).

Dati del Cliente intestatario

Nome Cognome
Nato a il Codice Fiscale [| | | | | | | | | | | | | | |]
Residente in Città Provincia [| |]
Tipo Documento d'identità N° Data di rilascio
Indirizzo e-mail

- Possessore dei requisiti di invalidità di cui alla Legge 381/70 e successive modifiche.
- Appartenente ad un nucleo familiare, come definito dall'art. 2, D.Lgs. n. 109 del 1998, nel quale risiede un soggetto possessore dei requisiti di invalidità di cui alla Legge 381/70 e successive modifiche, di cui si riportano di seguito i dati anagrafici:
Nome Cognome Codice Fiscale [| | | | | | | | | | | | | | |]

Dati della Linea PosteCasa Ultraveloce per la quale viene richiesta l'offerta non udenti (barrare una sola voce)

- ID Ordine
(L'ID Ordine è il codice presente sul contratto di sottoscrizione consegnato al cliente o inviato via e-mail al completamento dell'ordine)
- Identificativo Conto N.
(Presente nell'intestazione della fattura)

Dati del Soggetto Terzo delegato alla gestione del rapporto contrattuale che regola la Linea PosteMobile Casa Ultraveloce e dell'Offerta (art. 6, comma 2 Delibera 290/21/CONS) - Sezione facoltativa

Nome Cognome
Nato a il Codice Fiscale [| | | | | | | | | | | | | | |]
Residente in Città Provincia [| |]
Tipo Documento d'identità N° Data di rilascio
Indirizzo e-mail

Il richiedente, come sopra identificato, intestatario della Linea PosteMobile Casa Ultraveloce indicata sul presente Modulo, con la compilazione e sottoscrizione della presente Sezione delega il Soggetto Terzo sopra indicato ad effettuare tutto quanto necessario alla gestione del rapporto contrattuale che regola la Linea PosteMobile Casa Ultraveloce nonché dell'Offerta. Il richiedente prende altresì atto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 che al Soggetto Terzo verranno rese disponibili le informazioni e i dati necessari al corretto adempimento delle attività oggetto della presente delega. La delega potrà essere revocata in ogni momento, inviando apposita comunicazione scritta a Servizio Clienti tramite mail all'indirizzo utentidisabili_fibra@postepay.it

Luogo Data Firma del Richiedente

Luogo Data Firma del Soggetto Terzo

Documenti allegati

Si allegano

- Copia di un documento attestante l'identità del sottoscritto (obbligatorio).
- Copia di un documento attestante l'identità del Soggetto Terzo delegato (ove indicato).
- Copia della certificazione medica rilasciata dalla ASL competente per territorio o da altro Ente pubblico titolato, comprovante la sordità così come definita dalla Legge 381/1970 e successive modifiche (obbligatorio).
- Certificato di stato di famiglia (solo per familiari conviventi con soggetto possessore dei requisiti di invalidità).

Il richiedente dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi:

- che tutti i dati inseriti nel presente Modulo sono veritieri;
- di essere legittimo titolare dell'utenza PosteCasa Ultraveloce sopra indicata;
- di essere possessore dei requisiti di invalidità di cui alla Legge 381/70 e successive modifiche ovvero di appartenere ad un nucleo familiare, come definito dall'art. 2, D.Lgs. n. 109 del 1998, nel quale risiede un soggetto possessore dei requisiti di invalidità di cui alla Legge 381/70 e successive modifiche, e di avere diritto all'indennità di comunicazione di cui alla legge 508/88 e successive modifiche;
- di dover comunicare tempestivamente a PostePay S.p.A., tramite mail all'indirizzo utentidisabili_fibra@postepay.it o tramite fax al numero gratuito 800211783, la data in cui il soggetto avente diritto alla agevolazione abbia cessato di far parte del nucleo familiare; quest'ultima circostanza determina la decadenza dell'agevolazione;
- fermo restando quanto previsto dalle "Condizioni Generali di Contratto del servizio di connettività a banda larga in fibra ottica FTTH/FTTC/FTTE" e dalla "relativa Carta dei Servizi", di aver preso visione delle specifiche condizioni dell'Offerta richiesta, anche sul sito www.postemobile.it;
- di non aver già fruito su utenze di telefonia fissa dell'agevolazione prevista dall'art. 4 della Delibera n. 46/17/CONS dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, fruibile con riferimento ad una sola utenza telefonica (mobile o fissa);
- di impegnarsi a rispettare il limite di cui al precedente punto per tutta la durata dell'offerta di cui si richiede l'attivazione;
- di aver preso visione dell'Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE disponibile sul sito www.postemobile.it o presso gli Uffici Postali e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali, ove necessario, per le finalità di cui al presente modulo.

Luogo Data Firma

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 c. 2 lett. a) del Regolamento 2016/679/UE, presto il consenso al trattamento dei miei dati sensibili anche ai fini delle verifiche da parte di PostePay S.p.A della sussistenza dei requisiti previsti dalla Delibera AGCOM 46/17/CONS.

Luogo Data Firma

Informativa sul trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE

Ad integrazione dell'informativa privacy fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE in materia di protezione dei dati personali per l'attivazione della presente offerta PostePay S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento ti informa che tratterà i tuoi dati sensibili forniti in attuazione della Delibera AGCOM 46/17/CONS, per le finalità strettamente connesse alla verifica delle condizioni richieste necessarie alla fruizione delle agevolazioni economiche previste per l'erogazione del servizio da te richiesto.

Inviare il documento compilato e firmato tramite mail all'indirizzo utentidisabili_fibra@postepay.it o tramite fax al numero gratuito 800211783 unitamente a copia dei documenti sopra indicati.