

**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 \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

In quanto:

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

**CHIEDO**

con riferimento al servizio \_\_\_\_\_ richiesto (*nuovo ordine*)/ attivato (*servizio esistente*) in data \_\_\_\_\_, codice ordine/cliente \_\_\_\_\_ 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 STEL SRL al trattamento dei dati particolari ai sensi del Regolamento UE 2016/679, ai fini della verifica, da parte di STEL SRL medesima, del rispetto dei requisiti previsti dall'art.4 della Delibera 46/17/CONS.**

Data \_\_\_\_\_

Firma Cliente \_\_\_\_\_

**Da inviare a mezzo posta elettronica all'indirizzo [commerciale@stel.it](mailto:commerciale@stel.it)**