

**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