



Modulo richiesta agevolazioni per non vedenti e non udenti, ai sensi della Delibera 46/17/CONS

Dati personali

Io sottoscritto:

(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 Flynter _____ richiesto
(nuovo ordine) / attivato (servizio esistente) in data ____, codice
servizio _____ 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 Flynter al trattamento dei dati sensibili ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ai fini della verifica, da parte di Flynter medesima, del rispetto dei requisiti previsti dall'art. 4 della Delibera 46/17/CONS.

Data _____ Firma Cliente _____

In caso di nuovo ordine o di servizio esistente (già attivo) da inviare a mezzo posta elettronica all'indirizzo
amministrazione@flynter.eu