Spett. le
Telecom Italia S.p.A.
Indirizzo [1]:……

RICHIESTA DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DELL'IMPORTO MENSILE DI ABBONAMENTO AL SERVIZIO TELEFONICO DI CATEGORIA B (Agevolazioni di cui all'art. 2 dell'Allegato A alla Delibera dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni n. 514/07/CONS)

Il sottoscritto *(Cognome e Nome)* ……..
nato a …… il ……..
residente in *(Comune e Provincia)*……
indirizzo *(via/viale/piazza e numero civico)* ……..
……Cap……..
recapito telefonico n.……/……..…… e-mail.[2] ……..fax n. ……..

Codice Fiscale																

☐ **Titolare della seguente linea telefonica (prima linea) di categoria B**
(barrare se il contratto di abbonamento è già in essere ed indicare il numero telefonico nell'apposito riquadro sottostante)

☐ **Richiedente l'attivazione della seguente linea telefonica (prima linea) di categoria B**
(barrare se il contratto di abbonamento è nuovo ed indicare, se conosciuto, il numero telefonico assegnato nell'apposito riquadro sottostante)

Indicare il numero telefonico completo di prefisso															

installata/da installare in *(comune, provincia, via/ viale/ piazza, numero civico, cap)*
……..
……..
indirizzo che coincide con quello di abitazione del suo nucleo familiare

CHIEDE

di usufruire dell'esenzione dal pagamento dell'importo mensile di abbonamento (prevista dall'art. 2 dell'Allegato A alla Delibera dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni n. 514/07/CONS) per la linea telefonica sopraindicata

A tal fine, consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci, l'esibizione o l'uso di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, con la sottoscrizione della presente ad ogni effetto di legge

DICHIARA

1. di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 2 dell'Allegato A alla Delibera dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni n. 514/07/CONS pubblicata sulla GU n. 235 del 9 ottobre 2007, e in particolare che (*barrare una delle due caselle):*

☐ è sordo ai sensi della Legge n. 381 del 1970 e successive modifiche *(allegare fotocopia della certificazione medica rilasciata dalla competente commissione medica pubblica di accertamento)* e gode dell'indennità di comunicazione di cui alla Legge n. 508 del 1988 e successive modifiche

☐ nel nucleo familiare[3] di appartenenza risiede un sordo ai sensi della Legge 381 del 1970 e successive modifiche *(allegare fotocopia della certificazione medica rilasciata dalla competente commissione medica pubblica di accertamento)* che gode dell'indennità di comunicazione di cui alla Legge n. 508 del 1988 e successive modificazioni, di cui si riporta di seguito il cognome, il nome, gli estremi del documento di riconoscimento e il codice fiscale*:*

Cognome e Nome ……..…….
Documento di riconoscimento *(carta d'identità,/ patente di guida/passaporto)* ……..n.…… rilasciato da ……. ultimo rinnovo ……

Codice Fiscale																

2. di essere consapevole che:

- **le condizioni economiche agevolate decorrono: a) se il contratto di abbonamento è già in essere, dal giorno di ricezione da parte di Telecom Italia della presente richiesta corredata da tutta la documentazione richiesta; b) se il contratto di abbonamento è nuovo, dal giorno dell'attivazione dell'impianto;**
- **il venire meno del requisito di cui al punto 1, determinando la decadenza dell'agevolazione, dovrà essere tempestivamente comunicato a Telecom Italia, a mezzo lettera raccomandata, allo stesso indirizzo a cui viene inviata la presente dichiarazione o al numero verde fax 803308314;**
- **Telecom Italia potrà effettuare in qualsiasi momento, anche avvalendosi di soggetti terzi incaricati, i controlli previsti dalle vigenti normative circa la veridicità delle dichiarazioni rese dal dichiarante.**

3. di essere consapevole che i propri dati saranno trattati da Telecom Italia ai fini dell'esecuzione della presente richiesta di esenzione. Il sottoscritto è, altresì, consapevole di poter visionare o richiedere il testo integrale dell'informativa, ove sono indicate anche le modalità per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del codice privacy (accesso ai dati, richiesta origine, correzione o aggiornamento ecc.), consultando il sito www.telecomitalia.it, link privacy, o telefonando gratuitamente al numero 187.

il Sottoscritto fornisce il consenso

…….. ……
(Luogo e data) *(Firmare per esteso)*

[1] ***Il modulo, compilato in ogni sua parte, dovrà essere inviato a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo indicato nel Conto Telecom** Italia **o al numero verde fax 803308314 .***
[2] *Se l'indirizzo e-mail é indicato, Internet costituirà il canale preferenziale per eventuali comunicazioni da parte di Telecom Italia*
[3] *Per nucleo familiare si intende quello definito dall'art. 2, comma 2, del decreto legislativo n. 109 del 1998 e modificato dal decreto legislativo n. 130 del 2001.*

***Riepilogo dei documenti da allegare al presente modulo**: 1) documentazione comprovante lo stato di famiglia (solo se la persona avente il requisito sociale é diversa dal titolare della linea telefonica su cui si chiede di applicare l'agevolazione economica). N.B. Lo stesso può essere prodotto anche in autocertificazione in base alla legge sulla semplificazione amministrativa "Legge Bassanini"; 2) Fotocopia della certificazione medica comprovante la sordità ex Legge n. 381/70 e successive modifiche rilasciata dalla commissione medica pubblica di accertamento. 3) Fotocopia di un documento di riconoscimento, in corso di validità, del titolare del contratto di abbonamento relativo alla linea in relazione alla quale si chiede l'agevolazione e, qualora diversa dal titolare, anche della persona con disabilità.*