

**DICHIARAZIONE ATTESTANTE LA RICHIESTA DI
FRUIZIONE DI CONDIZIONI AGEVOLATE,
RISERVATE A PARTICOLARI CATEGORIE DI CLIENTELA**

REV 1/19 - DAL 01/01/2019

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NOME: _____

COGNOME: _____

NATO A: _____ (____)

NATO IL: / /

**CODICE
FISCALE:** _____

**DOCUMENTO
DI IDENTITÀ N°:** _____

RILASCIATO DA: _____

RILASCIATO IL / /

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000,

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti previsti dalla Delibera dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni n. 46/17/CONS ed in particolare:

A) di essere sordo ai sensi della Legge n. 381 del 1970 e successive modifiche o cieco totale o parziale ai sensi, rispettivamente, degli articoli 2 o 3 della legge n.138 del 2001;

B) di essere a conoscenza che le condizioni economiche agevolate previste ai sensi della Delibera 46/17/CONS sono fruibili con riferimento ad una sola utenza telefonica impegnandosi a rispettarne il limite predetto per tutta la durata dell'offerta di cui si richiede l'attivazione ed in caso di cecità parziale, di non fruire delle agevolazioni per servizi voce e dati erogati da postazione fissa ai sensi della medesima Delibera 46/17/CONS né con IPCOMPANY, né con altro Operatore.

Allegare certificazione medica rilasciata dalla competente autorità sanitaria pubblica comprovante quanto dichiarato.

LUOGO E DATA

PER IL CLIENTE (FIRMA PER ACCETTAZIONE)