Spett. le
Telecom Italia S.p.A.
Servizio Clienti Residenziali - Casella Postale 211 - 14100 Asti[1]

RICHIESTA DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL CANONE MENSILE DI ABBONAMENTO AL SERVIZIO TELEFONICO DI CATEGORIA B (Agevolazioni di cui alle Delibere dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni N. 314/00/CONS del 01.06.2000 e N. 330/01/CONS del 01.08.2001)

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. ……
Estremi del documento di riconoscimento……*(allegare fotocopia del documento di identità o della patente di guida o del passaporto)*

Codice Fiscale																

☐ **Titolare della seguente utenza telefonica 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 utenza telefonica 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 preceduto dal 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 del canone (ex art.1 comma 2 della Delibera dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni n. 314/00/CONS) per l'utenza 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 del requisito di cui all'art. 1, comma 2, della Delibera dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni n. 314/00/CONS del 01.06.2000 ed in particolare che (*barrare una delle due caselle):*

☐ è sordomuto che utilizza il Dispositivo Telefonico per Sordomuti (DTS) *(allegare fotocopia del certificato di sordomutismo rilasciato dalla commissione medica pubblica di accertamento ai sensi della L. 381/70 e la fotocopia della specifica prescrizione autorizzativa rilasciata da un medico specialista ASL per la fornitura del DTS),*

☐ nel nucleo familiare di appartenenza risiede un sordomuto che utilizza il Dispositivo Telefonico per Sordomuti (DTS) *(allegare fotocopia del certificato di sordomutismo rilasciato dalla commissione medica pubblica di accertamento ai sensi della L. 381/70 e la fotocopia della specifica prescrizione autorizzativa rilasciata da un medico specialista ASL per la fornitura del DTS),* di cui riporta di seguito il cognome, il nome, gli estremi del documento di riconoscimento ed il codice fiscale *(da indicare solo se la persona in possesso del requisito indicato é diversa dal titolare del contratto di abbonamento):*

(Cognome e Nome) ……

Estremi del documento di riconoscimento ……*(allegare fotocopia del documento di identità o della patente di guida o del passaporto)*

Codice Fiscale																

2. che i dati relativi al Dispositivo Telefonico per Sordomuti (DTS) utilizzato sono i seguenti

casa costruttrice ……modello ……

n. matricola (serial number S/N)……

3. 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; 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;**
- **Telecom Italia potrà effettuare in qualsiasi momento i controlli previsti dalle vigenti normative circa la veridicità delle dichiarazioni rese dal dichiarante.**

In esecuzione degli artt.10 e 11 della Legge 675/96, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il Sottoscritto fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, oltre che per ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria anche per dare integrale esecuzione a tutti gli obblighi dell'agevolazione e sue eventuali integrazioni/evoluzioni.

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

[1] ***Il modulo, compilato in ogni sua parte, dovrà essere inviato a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo sopra indicato.***
Riepilogo dei documenti da allegare al presente modulo*: 1) fotocopia del documento di identità o della patente di guida o del passaporto in corso di validità del titolare del contratto di abbonamento e anche della persona avente il requisito sociale, se diversa dal titolare; 2) documentazione comprovante lo stato di famiglia (solo se la persona avente il requisito sociale é diversa dal titolare); 3) fotocopia del certificato di sordomutismo rilasciato da commissione medica pubblica di accertamento ai sensi della L. 381/70; 4) fotocopia della specifica prescrizione autorizzativa rilasciata da un medico specialista ASL per la fornitura del DTS.*
[2]*Se l'indirizzo e-mail é indicato, Internet costituirà il canale preferenziale per eventuali comunicazioni da parte Telecom Italia.*