

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____

Identificativo utente _____

Indirizzo di residenza (via e n.) _____

CAP _____ Comune _____

Prov./Stato _____

Numero di telefono _____ Numero utenza temporanea Iliad _____

Fax _____ E-mail _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di false attestazioni, che tutti i dati inseriti nel presente modulo sono veritieri

RICHIEDE

l'attivazione dell'offerta agevolata dedicata ad utenti non udenti e a non vedenti totali o parziali, in ottemperanza alle prescrizioni della delibera AGCOM 46/17/CONS.

Ai fini dell'attivazione dell'offerta sopra indicata, il Sottoscritto dichiara inoltre:

di essere non udente ai sensi della Legge n. 381/1970;

di essere non vedente totale o parziale ai sensi, rispettivamente, degli articoli 2 o 3 della Legge n. 138/2001;

di essere a conoscenza che le condizioni economiche agevolate di cui alla delibera AGCOM 46/17/CONS sono fruibili con riferimento ad una sola utenza di telefonia mobile (di Iliad o di altro operatore), impegnandosi a rispettare tale limite per tutta la durata dell'offerta di cui si richiede l'attivazione.

Ai fini della gestione della presente richiesta, è richiesto di **allegare la certificazione medica** rilasciata dalla ASL competente o da altra competente autorità sanitaria pubblica che attesti la condizione di persona non udente o non vedente.

Il presente modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato **unitamente ad una copia del documento d'identità** all'indirizzo di posta elettronica certificata offerta_agevolata.iliad@legalmail.it

Data _____ Firma _____