

MODULO DI RICHIESTA ATTIVAZIONE OFFERTA INVALIDI CON GRAVI LIMITAZIONI DELLA CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE POSTEMOBILE CASA

Ai sensi della Delibera 290/21/CONS (Disposizioni in materia di misure riservate a consumatori con disabilità per i servizi di comunicazione elettronica da postazione fissa e mobile), come modificata ed integrata dalla delibera 281/24/CONS.

Dati del Cliente intestatario

Nome Cognome

Nato a il Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente in Città Provincia | | |

Documento d'identità N° Data di rilascio

Indirizzo e-mail (non obbligatorio)

- Possessore dei requisiti di invalidità con verbale di handicap con esplicito riferimento all' articolo 30, comma 7, legge n. 388/2000.
- Appartenente ad un nucleo familiare, come definito dall'art. 2, D.Lgs. n. 109 del 1998, nel quale risiede un soggetto possessore dei requisiti di invalidità con esplicito riferimento all' articolo 30, comma 7, legge n. 388/2000 e successive modifiche e integrazioni, di cui si riportano di seguito i dati anagrafici:

Nome Cognome Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dati della linea telefonica PosteMobile Casa di riferimento

Numero di telefono..... /

Dati del Soggetto Terzo delegato alla gestione del rapporto contrattuale che regola la linea telefonica PosteMobile Casa e dell'Offerta (art. 6, comma 2 Delibera 290/21/CONS) - Sezione facoltativa

Nome Cognome

Nato a il Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente in Città Provincia | | |

Tipo Documento d'identità N° Data di rilascio

Indirizzo e-mail

Il richiedente, come sopra identificato, intestatario della linea telefonica PosteMobile Casa indicata sul presente Modulo, con la compilazione e sottoscrizione della presente Sezione delega il Soggetto Terzo sopra indicato ad effettuare tutto quanto necessario alla gestione del rapporto contrattuale che regola la linea telefonica PosteMobile Casa nonché dell'Offerta. Il richiedente prende altresì atto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 che al Soggetto Terzo verranno rese disponibili le informazioni e i dati necessari al corretto adempimento delle attività oggetto della presente delega. La delega potrà essere revocata in ogni momento, inviando apposita comunicazione scritta a Servizio Clienti tramite Fax al numero gratuito 800.160.909 o tramite lettera a Casella Postale 3000, 37138 Verona (VR).

Luogo Data Firma del Richiedente

Luogo Data Firma del Soggetto Terzo

Documenti allegati

Si allegano

- Copia di un documento attestante l'identità del sottoscritto (obbligatorio).
- Copia di un documento attestante l'identità del Soggetto Terzo delegato (ove indicato).
- Copia della certificazione medica rilasciata dalla ASL competente per territorio o da altro Ente pubblico titolato, comprovante invalidità con esplicito riferimento all' articolo 30, comma 7, legge n. 388/2000.
- Certificato di stato di famiglia (solo per i familiari conviventi con soggetto possessore dei requisiti di invalidità).

Il richiedente dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi:

- che tutti i dati inseriti nel presente Modulo sono veritieri;
- di essere legittimo titolare dell'utenza mobile PosteMobile sopra indicata;
- di essere in possesso dei requisiti con esplicito riferimento all' articolo 30, comma 7, legge n. 388/2000 e successive modifiche ovvero di appartenere ad un nucleo familiare, come definito dall'art. 2, D.Lgs. n. 109 del 1998, nel quale risiede un soggetto possessore dei requisiti di invalidità con esplicito riferimento all'articolo 30, comma 7, legge n. 388/2000 ;
- di dover comunicare tempestivamente a PostePay S.p.A., tramite mail all'indirizzo utentidisabili@postemobile.it o tramite lettera allo stesso indirizzo a cui viene inviata la presente dichiarazione, la data in cui il soggetto avente diritto alla agevolazione abbia cessato di far parte del nucleo familiare; quest'ultima circostanza determina la decadenza dell'agevolazione;
- fermo restando quanto previsto dalle "Condizioni Generali di contratto per il servizio di telefonia fissa erogato tramite rete radiomobile" e dalla "relativa Carta dei Servizi", di aver preso visione delle specifiche condizione dell'Offerta richiesta, anche sul sito www.postemobile.it;
- di non aver usufruito dell'agevolazione prevista dalla Delibera 290/21/CONS, come modificata ed integrata dalla delibera 281/24/CONS su altra utenza mobile o fissa;
- di impegnarsi a rispettare il limite di cui al precedente punto per tutta la durata dell'offerta di cui si richiede l'attivazione;
- di aver preso visione dell'Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE disponibile sul sito www.postemobile.it o presso gli Uffici Postali e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali, ove necessario, per le finalità di cui al presente modulo.

Luogo Data Firma

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 c. 2 lett. a) del Regolamento 2016/679/UE, presto il consenso al trattamento dei miei dati sensibili anche ai fini delle verifiche da parte di PostePay S.p.A. della sussistenza dei requisiti previsti dalla Delibera AGCOM 290/21/CONS.

Luogo Data Firma

Informativa sul trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE

Ad integrazione dell'informativa privacy fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE in materia di protezione dei dati personali per l'attivazione della presente offerta PostePay S.p.A. in qualità di Titolare del trattamento ti informa che tratterà i tuoi dati sensibili forniti in attuazione della Delibera AGCOM 290/21/CONS, come modificata ed integrata dalla delibera 281/24/CONS, per le finalità strettamente connesse alla verifica delle condizioni richieste necessarie alla fruizione delle agevolazioni economiche previste per l'erogazione del servizio da te richiesto.

Inviare il documento compilato e firmato tramite mail all'indirizzo utentidisabili@postemobile.it, Fax al numero gratuito 800.185.111 o tramite lettera a Casella Postale 3000, 37138 Verona (VR) unitamente a copia della documentazione sopra indicata.