

**MODULO DI RICHIESTA ATTIVAZIONE
OFFERTA NON UIDENTI OFFERTA MOBILE**

Ai sensi della Delibera n. 46/17/CONS (Misure Specifiche e Disposizioni in materia di condizioni economiche agevolate, riservate a particolari categorie di clientela, per i servizi di Comunicazione Elettronica da postazione fissa e mobile).

Dati del Cliente intestatario della Carta Sim PosteMobile

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 di cui alla Legge 381/70 e successive modifiche.
- Rappresentante legale di minore possessore dei requisiti di invalidità di cui alla Legge 381/70 e successive modifiche.

Dati della Carta SIM PosteMobile su cui si vuole attivare l'Offerta Non Uidenti

Numero di telefono..... /

Numero seriale della Carta SIM (indicato sulla Carta SIM)

Offerta agevolata scelta**Dati del Soggetto Terzo delegato alla gestione del rapporto contrattuale che regola la Carta SIM 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 Carta SIM PosteMobile 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 Carta SIM 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 800.242.626 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 la sordità così come definita dalla Legge 381/1970 e successive modifiche (obbligatorio).

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 di cui alla Legge 381/70 e successive modifiche e di avere diritto all'indennità di comunicazione di cui alla legge 508/88 e successive modifiche;
- fermo restando quanto previsto dalle "Condizioni generali dei servizi mobili e condizioni d'uso della Carta SIM PosteMobile e dalla "Carta dei servizi PosteMobile, di aver preso visione delle specifiche condizioni dell'Offerta richiesta, anche sul sito www.postemobile.it;
- di non aver già fruito su altre utenze PosteMobile o su utenze di altro operatore mobile dell'agevolazione prevista dall'art. 3, Allegato A, della Delibera 514/07/CONS dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, fruibile con riferimento ad una sola utenza telefonica mobile;
- 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 della Società della sussistenza dei requisiti previsti dalla Delibera AGCOM 46/17/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 46/17/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.