CONTATTI
www.tuafibraenergia.com
info@tuafibraenergia.com
Numero Verde
fisso - 800 76 32 33
mobile - 045 245 6325
Fax Servizio Clienti
045 511 2830
Tua S.r.l. a socio unico
Via Aurelio Saffi 2/D 37123
Verona (VR) P.IVA: 04742230230
Capitale sociale: 100.000€

RICHIESTA DELL'AGEVOLAZIONE

AI SENSI DELLA DELIBERA N. 46/17/CONS

In ottemperanza a quanto previsto dalla Delibera AGCom 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"), Tua - Connect your life prevede offerte dedicate ai non udenti e non vedenti per i servizi dati su fibra ottica FTTH.
Per usufruire delle agevolazioni economiche è necessario appartenere alle categorie individuate dalla legge n. 381 del 1970 s.m.i. (utenti sordi) e dalla legge n. 138 del 2001 (utenti ciechi).

La richiesta deve avvenire fornendo la seguente documentazione:
• Modulo di richiesta dell'agevolazione riportato di seguito
• Certificazione medica rilasciata dalla ASL competente per territorio o da altro Ente titolato comprovante l'invalidità (sordità o cecità, totale/parziale)
• Certificazione di stato di famiglia rilasciata dal comune di residenza ovvero dichiarazione sostitutiva (autocertificazione) relativa alla composizione del nucleo familiare (se la domanda per l'agevolazione è presentata da un familiare)
La documentazione deve essere inviata a Tua S.r.l., Via Aurelio Saffi 2 - 37123 Verona oppure all'indirizzo mail servizioclienti@tuafibraenergia.com

DATI DEL CLIENTE

MODULO DI RICHIESTA DELL'AGEVOLAZIONE

Sezione da compilare e sottoscrivere in ogni sua parte:

Codice cliente _____

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

CF _____

Indirizzo di fornitura

Via _____ Città_____ Prov _____

Telefono _____ E-mail _____

Il cliente richiede di usufruire delle agevolazioni economiche previste dalla Del. AGCom n. 46/17/CONS e

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti previsti in quanto (barrare solo una casella):

Persona non udente e/o non vedente totale o parziale

Nel nucleo familiare risiede una persona non udente e/o non vedente totale o parziale.

DATI ANAGRAFICI DEL FAMILIARE INVALIDO

Nome _____ Cognome _____

CF _____

Data: ___/___/____

Firma e timbro del dichiarante

(Firma leggibile)