



## ArcoLink Telecomunicazioni S.r.l.

Via Partigiani d'Italia, 79 - 50053 Empoli (FI)

P.IVA 05030810484 - REA FI-511747

Numero verde: 800 911 297 - Tel. 0571 189 1808 - Fax. 0571 189 1809

### Contatti:

Richieste commerciali: [commerciale@arcolink.it](mailto:commerciale@arcolink.it)

Richieste amministrative: [amministrazione@arcolink.it](mailto:amministrazione@arcolink.it)

Supporto tecnico: [assistenza@arcolink.it](mailto:assistenza@arcolink.it)

## Modulo richiesta agevolazioni per non vedenti e non udenti, ai sensi della Delibera 46/17/CONS

### Dati personali

Io sottoscritto/a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente in Provincia di: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

In quanto:

Utente non vedente/non udente

Utente convivente con un disabile non vedente/non udente

CHIEDO

con riferimento al servizio Arcolink: \_\_\_\_\_

richiesto (nuovo ordine)

attivato (servizio esistente)

l'agevolazione prevista ai sensi della Delibera 46/17/CONS, ossia una riduzione del 50% del canone mensile del servizio prescelto

Documenti da allegare ai fini dell'agevolazione:

- certificato medico rilasciato dalla competente autorità sanitaria pubblica, comprovante la sordità, la cecità totale o parziale;
- certificato relativo alla composizione del nucleo familiare (solo in caso di utente convivente con disabile non vedente/non udente)

Autorizzo Arcolink al trattamento dei dati particolari ai sensi del Regolamento UE 2016/679, ai fini della verifica, da parte di Arcolink medesima, del rispetto dei requisiti previsti dall'art.4 della Delibera 46/17/CONS.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma Cliente \_\_\_\_\_

Il modulo dovrà essere inviato all'indirizzo di posta elettronica [commerciale@arcolink.it](mailto:commerciale@arcolink.it)