

MODULO AGEVOLAZIONE ECONOMICA UTENTI DISABILI 听障/视障套餐申请表

Il presente documento ha lo scopo di richiedere l'attivazione dell'offerta dedicata ai clienti ciechi, parzialmente ciechi e sordi, in adempimento a quanto previsto dalla 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.

本文件旨在要求根据第46/17/CONS号决议（《关于为特定类别客户保留固定和移动电子通信服务优惠条件的具体措施和规定》）的规定，启动专门针对视障人群、部分失明人群和听障人群客户的优惠报价。

Per richiedere l'applicazione dell'offerta dedicata è necessario:

如需申请专属优惠，必须满足以下条件：

• Sottoscrivere un'offerta CMLink

订阅CMLink的专属套餐

• Compilare il presente modulo in tutte le sue parti

完整填写此表格

• Allegare alla presente domanda la certificazione medica rilasciata dalla competente autorità sanitaria pubblica comprovante la sordità, la cecità totale o parziale

在此申请表中附上由公共卫生主管部门出具的耳聋、完全或部分失明的医学证明。

L'offerta che le consentirà di usufruire delle agevolazioni economiche sul costo previsto dal contratto sottoscritto, avrà inizio nel giorno di inserimento della presente domanda, solo se correttamente compilata e comprensiva dei documenti richiesti.

只有在正确填写并包括所需文件的情况下，特殊套餐才会在递交申请书的当天开始生效，从而使您能从已签署合同规定的费用中享受经济优惠。

Il/la sottoscritto/a / 申请人 _____ Sesso / 性别: M/男 F/女

Codice Fiscale / 税号 _____ Data di nascita / 出生日期 ____ / ____ / ____

Indirizzo (via, piazza) / 联系地址 _____ n. / 门牌号 _____

Località / 城市 _____ CAP / 邮编 _____ Prov. / 省份 _____

Documento d'identità / 身份证件 CI / 身份证 PAT / 驾照 PASS / 护照

Numero documento / 证件号码 _____ Data di rilascio / 签发时间 ____ / ____ / ____

Rilasciato da / 签发地点 _____

Tel / 固话 _____ CMLink号码 _____ Fax / 传真 _____

Indirizzo di posta elettronica / 电子邮箱 _____

Dichiaro di avere diritto all'agevolazione economica prevista dalla 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) in quanto affetto da:

声明，根据第46/17/CONS号决议“预留给特定类别客户的固定电话和移动电子通讯服务的具体措施和规定”，本人有权获得第13号决议规定的为残疾人提供经济优惠，原因如下：

cecità totale / 完全失明 cecità parziale / 局部失明 sordità / 耳聋



La presente informativa integra l'informativa privacy fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 per l'attivazione dell'offerta CMLink. CMLink in qualità di Titolare del trattamento tratterà i tuoi dati sensibili forniti in attuazione della Delibera AGCOM 46/17/CONS, per le finalità strettamente connesse all'erogazione del servizio da te richiesto e per la verifica delle condizioni richieste dalla Delibera richiamata e godere quindi delle agevolazioni economiche previste. 根据2016/679号欧洲法规第13条规定的隐私信息资料，以激活CMLink优惠报价。CMLink作为数据处理人，将处理您在执行第46/17/CONS号AGCOM决议的规定时提供的敏感数据，其目的与您要求提供的服务严格相关，用于验证该决议所要求的条件，并提供经济优惠条件。

Il presente modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato, unitamente ad una copia del documento d'identità e ai documenti indicati nel modulo all'indirizzo di posta elettronica csit@cmlink.com
在填写并签署本表格后，必须将其连同表格中指定的文件及证件的复印件发送至：csit@cmlink.com

Data / 日期 _____ Firma del contraente (per esteso e leggibile) / 申请人签字 _____