

Il sottoscritto (cognome e nome).....Nato a..... Residente  
in (comune e provincia).....Recapito telefonico..... e -  
mail..... fax..... Codice Fiscale.....

### CHIEDE

Di usufruire della seguente agevolazione economica inerente i servizi INTRED nei termini previsti dalla legge n. 104 del 05/02/92: Applicazione dell'Iva agevolata al 4% sull'offerta INTRED già attiva o da attivare per l'indirizzo sopra indicato.

A tal fine, consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci, l'esibizione o l'uso di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, con la sottoscrizione della presente ad ogni effetto di legge

### DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge 104 del 05/02/92 e di essere quindi portatore di handicap permanente (allegare fotocopia della certificazione medica comprovante la disabilità, rilasciata dalla competente commissione sanitaria pubblica di accertamento e/o se da questi certificati non dovesse risultare il collegamento funzionale tra la menomazione permanente e l'agevolazione richiesta, esibire anche una copia della certificazione rilasciata dal medico curante contenente l'attestazione richiesta per l'accesso al beneficio fiscale); o

che nel proprio nucleo familiare di appartenenza risiede un soggetto in possesso dei requisiti previsti dalla legge 104 del 05/02/92 e di cui si riportano i seguenti dati identificativi:

Cognome e Nome..... Documento di riconoscimento (carta d'identità).....n.....Rilasciato da.....ultimo rinnovo.....Codice fiscale..... (allegare anche in questo caso fotocopia della certificazione medica comprovante la disabilità, rilasciata dalla competente commissione sanitaria pubblica di accertamento e/o se da questi certificati non dovesse risultare il collegamento funzionale tra la menomazione permanente e l'agevolazione richiesta, esibire anche una copia della certificazione rilasciata dal medico curante contenente l'attestazione richiesta per l'accesso al beneficio fiscale).

### DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- le condizioni economiche agevolate decorrono: a) se il contratto di abbonamento è già in essere, entro 30 giorni dalla ricezione da parte di INTRED S.p.A. della presente richiesta corredata da tutta la documentazione richiesta; b) se il contratto di abbonamento è nuovo, dal giorno dell'attivazione del servizio;
- il venir meno del requisito per ottenere l'agevolazione, determinando la decadenza della stessa, dovrà essere tempestivamente comunicato a INTRED a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, allo stesso indirizzo a cui viene inviata la presente dichiarazione o al numero di fax 0307280100 o all'indirizzo mail [perte@intred.it](mailto:perte@intred.it);
- INTRED potrà effettuare in qualsiasi momento, anche avvalendosi di soggetti terzi incaricati, i controlli previsti dalle vigenti normative circa la veridicità rese dal dichiarante.

- i propri dati saranno trattati da INTRED ai fini dell'esecuzione della presente richiesta di esenzione. Il sottoscritto è altresì, consapevole di poter visionare il testo dell'informativa della privacy consultando il sito [www.intred.it](http://www.intred.it)

Firmare per esteso

.....

Luogo e data

.....

**Riepilogo dei documenti da allegare al presente modulo:**

- fotocopia della certificazione medica comprovante la disabilità rilasciata dalla commissione medica pubblica di accertamento o eventuale copia della certificazione rilasciata dal medico curante contenente l'attestazione circa il collegamento funzionale tra la menomazione permanente e l'agevolazione richiesta;
- copia di un documento di identità in corso di validità;
- copia della certificazione attestante la comune residenza e/o relativo alla composizione del nucleo familiare (in caso di richiesta presentata da un convivente del beneficiario) e in tale caso anche il documento d'identità del convivente quale titolare della linea.

Il modulo, compilato in ogni sua parte e correlato degli opportuni documenti richiesti, dovrà essere inviato a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo Via P. Tamburini 1 – 26136 BS o via fax al 0307280100 o inviato via mail all'indirizzo [perte@intred.it](mailto:perte@intred.it)

...