



DATI ANAGRAFICI CLIENTE* _____ COD. CLIENTE _____

(Nome e Cognome/Ragione Sociale)

1) VUOLE CHE I SUOI DATI SIANO PRESENTI NEI NUOVI ELENCHI TELEFONICI? SI NO

SE HA RISPOSTO NO:

- può fermarsi qui e non rispondere alle altre domande;
- pur avendo deciso di non figurare negli elenchi (e quindi barrato la casella NO), può chiedere che i dati che indicherà più avanti alle sezioni 2) e 3) possano essere forniti a chi ne faccia richiesta solo attraverso un servizio di informazione abbonati. Se è interessato a questa opzione barri questa casella

SE HA RISPOSTO SI, RISPONDA ALLE DOMANDE SUCCESSIVE.

2) DATI ESSENZIALI - CON QUALI DATI VUOLE ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI?

Cognome* _____

(Oppure, la Ragione Sociale, in caso di persona giuridica)

Nome* _____

(Se desidera che il nome compaia abbreviato in elenco, indichi solo la lettera iniziale)

Numero/i di telefono da inserire negli elenchi*

Indirizzo Postale*

INDIRIZZO (Via/Piazza) _____ N.CIVICO _____ FRAZIONE _____

COMUNE _____ CAP _____ PROVINCIA _____

Da compilare esclusivamente nel caso in cui il cliente desidera la pubblicazione dei suoi dati anche in lingua tedesca o francese. I dati dovranno essere riportati nella lingua richiesta.

Cognome* _____

(Oppure, la Ragione Sociale, in caso di persona giuridica)

Nome* _____

(Se desidera che il nome compaia abbreviato in elenco, indichi solo la lettera iniziale)

Indirizzo postale*

INDIRIZZO (Via/Piazza) _____ N.CIVICO _____ FRAZIONE _____

COMUNE _____ CAP _____ PROVINCIA _____

(Se vuole che la Via/Piazza non compaia in elenco, non lo indichi; può anche omettere solo il numero civico. Se vuole che i dati inseriti compaiano in elenchi organizzati su base geografica, è necessario che Lei indichi almeno la Provincia e il Comune; inoltre nel caso in cui venga indicato l'Indirizzo devono essere obbligatoriamente riportate le informazioni relative a Comune e Provincia).

* campi obbligatori; il nome e' obbligatorio solo per le persone fisiche.





3) DATI FACOLTATIVI

VUOLE CHE NEGLI ELENCHI FIGURINO ALTRI SUOI DATI? SI NO

SE HA RISPOSTO "SI" Li indichi qui sotto:

Titolo di studio o di specializzazione _____

(Può indicarlo in forma abbreviata, es.: dott., prof., avv., ing., rag., geom.)

Professione/attività _____

Ufficio/Dipartimento (Solo per chi svolge attività di rilevanza economica)

Da compilare esclusivamente nel caso in cui il cliente desidera la pubblicazione dei suoi dati anche in lingua tedesca o francese. I dati dovranno essere riportati nella lingua richiesta.

Titolo di studio o di specializzazione _____

(Può indicarlo in forma abbreviata, es.: dott., prof., avv., ing., rag., geom.)

Professione/attività _____

Ufficio/Dipartimento (Solo per chi svolge attività di rilevanza economica)

4) DESIDERA CHE UNA PERSONA CHE CONOSCE SOLO IL SUO NUMERO DI TELEFONO (O ALTRO SUO DATO) POSSA RISALIRE AL SUO NOME?

Una persona che non conosce o non ricorda il Suo nome, potrebbe risalire ad esso sulla base del Suo numero telefonico oppure di un altro Suo dato.

È d'accordo che ciò possa avvenire? SI NO

5) VUOLE RICEVERE PUBBLICITÀ PER POSTA?

Lei ha il diritto di dire SI o NO all'invio di pubblicità, promozioni, offerte commerciali, ecc. tramite posta cartacea al Suo indirizzo indicato negli elenchi?

Sono d'accordo con l'uso del mio indirizzo per l'invio di posta cartacea pubblicitaria: SI NO

Se "SI", il simbolo della bustina indicherà questa Sua scelta

Luogo e Data di Sottoscrizione

Firma del Sottoscrittore



Si prega di restituire il presente Modulo debitamente compilato e firmato, inviandolo a mezzo posta all'indirizzo Servizio Clienti Clouditalia Telecomunicazioni S.p.A. a Socio Unico, Via P. Calamandrei, 173 – 52100 AREZZO, ovvero a mezzo fax al numero 800031133, o tramite invio telematico - se disponibile la modalità di richiesta via web – accedendo al sito web alla sezione "AREA CLIENTI".

Compilare i dati anagrafici e la/e casella/e relativa/e al/i servizio/i richiesto/i.

DATI TITOLARE Contratto OS e LINEA TELEFONICA

Codice Utente Contratto Open Service:

Ragione Sociale / Nominativo:

Indirizzo / Città / Provincia / C.A.P. :

Partita IVA / Codice Fiscale :

DATI IDENTIFICATIVI LINEA TELEFONICA

NUMERAZIONE TELEFONICA ⁽¹⁾	Tipo di Accesso ⁽²⁾	Numero Linee/Flussi ⁽³⁾	NUMERAZIONE TELEFONICA	Tipo di Accesso	Numero Linee/Flussi

DELEGA PER LA PRESELEZIONE DELL'OPERATORE

CODICE DI MIGRAZIONE o CODICE di TRASFERIMENTO UTENZA⁽⁴⁾ :

Il Sottoscritto _____ titolare del/i contratto/i di abbonamento al servizio telefonico di Telecom Italia o altri Operatori autorizzati relativo alle utenze sopra indicate, con il presente atto delega Clouditalia a rappresentare al proprio Operatore, in suo nome e per suo conto, la volontà di usufruire, per le suddette utenze, della prestazione di **Portabilità delle Numerazioni** sopra indicate verso la rete telefonica Clouditalia.

_____ Firma dell'abbonato o del procuratore o del legale rappresentante in caso di persona giuridica

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003, fornisco il consenso al trattamento e alla comunicazione all'Operatore Donating dei miei dati personali sopra riportati, i quali saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui sopra.

_____ Firma dell'abbonato o del procuratore o del legale rappresentante in caso di persona giuridica

- (1) Indicare il numero di telefono in caso di linea analogica, il numero principale nel caso di Accesso Base o Primario ISDN, il capofila nel caso di linea con Ricerca Automatica, il radicale nel caso di Gruppo a Numerazione ridotta (GNR).
- (2) Indicare il tipo di accesso alla rete telefonica: innanzitutto deve essere indicato se POTS o ISDN, separato da una barra deve essere indicato se accesso BRA/PRA/GNR/PBX/Altro.
- (3) Indica il numero di linee nel caso di linea con Ricerca Automatica, il numero di flussi Primari.
- (4) Il codice di migrazione è un valore alfanumerico fornito dal proprio Operatore telefonico, visualizzabile direttamente sulla fattura.

