

Io sottoscritto/a Professionista

(Firma leggibile del professionista)

ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS

Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società
CONSIGLIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA



PROGETTO REGIONALE DI SERVIZIO INTERPRETARIATO LIS 2021

Attestazione delle prestazioni di servizio interpretariato rese

(nome)	(cognome)					
Data del servizio	Nome utente (persona sorda o ENS)	Ambito	Provincia residenza utente	Durata incontro	Note	Firma controparte