



**Cittadini Sordi:**  
richiesta servizio Interprete della Lingua dei Segni Italiana,  
della Lingua dei Segni Italiana Tattile (per i sordociechi) e/o Labiolettura

Io sottoscritto/a

<i>(nome)</i>	<i>(cognome)</i>

nato/a a

<i>(luogo di nascita)</i>	<i>(Provincia)</i>	<i>(data di nascita)</i>

Stato di nascita

Codice Fiscale

<i>(nazionalità)</i>	<i>(codice fiscale leggibile)</i>

residente a

CAP

<i>(luogo di residenza)</i>	<i>(Provincia)</i>	<i>(codice di avviamento postale)</i>

in Via/Piazza/Corso

<i>(nome completo dell'indirizzo di residenza)</i>	<i>(numero civico)</i>

Telefono *(fisso o mobile)*

E-mail

<i>(numero di telefono)</i>	<i>(indirizzo email leggibile)</i>

**DICHIARO DI ESSERE**

*(barrare UNA sola casella e scrivere le informazioni richieste)*

- il diretto interessato  
 il genitore *(con la potestà legale)*

del minore

<i>(nome)</i>	<i>(cognome)</i>

altro:

**CONFERMO**

→ di essere riconosciuto/a SORDO/A ai sensi della Legge 381/70 e/o Legge 104/92

**CHIEDO**

→ il servizio di:

- interpretariato di LIS (Lingua dei Segni Italiana)  
 interpretariato di LIST (Lingua dei Segni Italiana Tattile per i sordociechi)  
 lettura labiale (Labiolettura)  
 interpretariato di LIS/LIST o di lettura labiale con professionista già contattato a mia scelta (\*):

<i>(nome e cognome)</i>	<i>(telefono)</i>	<i>(email)</i>

(\*) Il CR ENS E-R contatterà l'interprete LIS/LIST e/o labiolettore per confermare il servizio

nel giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_

presso

--

*(specificare luogo ed indirizzo completo)*



per il servizio richiesto in ambito:

- SANITARIO       LEGALE       PRIVATISTICO       SOCIALE  
 SCOLASTICO       LAVORATIVO       SERVIZI PUBBLICI       TURISTICO  
 ALTRO: \_\_\_\_\_

*(specificare l'ambito, se diverso da quelli sopraindicati)*

### SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'ENS Consiglio Regionale Emilia-Romagna effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(firma per esteso e leggibile)*

### INFORMAZIONI IMPORTANTI

- *Come chiedere la presenza di un interprete LIS?*  
Inviare all'indirizzo di posta elettronica: [emiliaromagna@ens.it](mailto:emiliaromagna@ens.it).
- *Quando presentare la richiesta?*  
Deve presentare la sua richiesta almeno **5 giorni lavorativi prima** della prestazione del servizio.

### TRATTAMENTO DATI PERSONALI – INFORMATIVA D. LGS 196/2003 ART. 13 E DELL'ART. 13 del REGOLAMENTO UE n. 2016/679 (GDPR)

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Consiglio Regionale ENS Emilia-Romagna.

L'informativa completa e per esteso, in formato cartaceo, è consultabile/reperibile presso la sede operativa del Consiglio Regionale ENS E-R e delle Sedi Periferiche ENS dell'Emilia-Romagna.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. lgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR).

Luogo e data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(firma per esteso e leggibile)*

