



## 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)*

Email

|                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
|                             |                                    |
| <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 \_\_\_\_:\_\_\_\_

**IN PRESENZA**       **A DISTANZA**

presso

|  |
|--|
| <i>(specificare luogo ed indirizzo completo)</i> _____ |
|--|



per il servizio richiesto in ambito:

ENS:  ISTITUZIONALE       SOCIALE (manifestazioni e eventi culturali)       TURISTICO

UTENTE:  SANITARIO PUBBLICO       SANITARIO PRIVATO       LEGALE

SCOLASTICO       LAVORATIVO       TURISTICO

SERVIZI PUBBLICI (polizia, Carabinieri, uffici comunali, servizi sociali INPS, patronati, ecc...)

ALTRO: \_\_\_\_\_  
(Specificare l'ambito, es. riunione condominiale, scuola guida, religioso, ...)

### 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). e per conoscenza all'interprete
- *Quando presentare la richiesta?*  
Deve presentare la sua richiesta almeno **5 giorni lavorativi prima** della prestazione del servizio.
- *Annullamento del servizio?*  
Annullare il servizio entro 24 ore prima, altrimenti il servizio sarà pagato dall'utente.

### TRATTAMENTO DATI PERSONALI – INFORMATIVA D. LGS 196/2003 ART. 13

I dati da Lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento. Il titolare del trattamento dei Suoi dati è autorizzato a comunicarli, se necessario, agli interpreti LIS individuati per la fruizione del servizio.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti Lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Ente Nazionale Sordi-Onlus Consiglio Regionale Emilia-Romagna.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. lgs 196 del 30 giugno 2003.

Luogo e data

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