



Cittadini Sordi: attestazione di prestazione effettuata del servizio richiesto

Io sottoscritto/a Professionista

--

(nome)

(cognome)

INTERPRETE LIS
(Lingua dei Segni Italiana)

INTERPRETE LIST
(Lingua dei Segni Italiana Tattile)

LABIOLETTTORE

Luogo dell'intervento

(Specificare dove ed indirizzo completo)

Ambito

(Specificare quale)

Data della chiamata

--

Data dell'intervento

dalle ore

alle ore

totale ore prestate

--	--	--	--

(Firma leggibile del professionista)



(Firma leggibile del controbeneficiario)