



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 ____:____

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.

- *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

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.

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)



Cittadini Sordi: questionario di gradimento del servizio offerto

Gent.mo/a

per monitorare e migliorare la qualità del servizio di interpretariato e di lettura labiale fornito dall'ENS grazie al Fondo Regionale dell'Emilia Romagna, chiediamo di rispondere alle domande qui di seguito.

Dopo la compilazione, preghiamo di inviare il presente questionario all'indirizzo mail: emiliaromagna@ens.it

Ringraziamo per la Sua preziosa ed utile collaborazione.

Data di servizio

Nominativo Interprete

--	--

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato
1. Semplicità di richiesta del servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tempestività (velocità) nella conferma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sul professionista/operatore:				
a) Puntualità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Imparzialità (non interviene con il proprio parere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Riservatezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Professionalità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Complessivamente è rimasto soddisfatto/a del servizio erogato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I dati raccolti con il presente questionario saranno utilizzati esclusivamente per finalità inerenti il progetto del Consiglio Regionale ENS Emilia-Romagna con il contributo della Regione Emilia-Romagna, ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 e successive modificazioni ed integrazioni.