



PROGETTO REGIONALE DI SERVIZIO INTERPRETARIATO LIS 2021

Attestazione delle prestazioni di servizio interpretariato rese

Io sottoscritto/a Professionista

(nome)

(cognome)

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

(Firma leggibile del professionista)