

RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO "INTERPRETARIATO NELLA LINGUA DEI SEGNI" – Piano provinciale disabilità
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA Art. 19 - 46 – 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Il/la sottoscritto/a.....

(cognome e nome)

Codice fiscale

Telefono..... E- mail.....

residente/domiciliato in provincia di Brescia a CAP

RICHIEDE L'INTERVENTO DEL SERVIZIO LIS PER (una sola opzione):

- ☐ iscrizione alla Lista del Collocamento mirato e consulenze preliminari o collegate a tale attività;
- ☐ colloquio di orientamento specialistico e consulenze preliminari o collegate a tale attività presso il CPI di appartenenza;
- ☐ colloquio volto all'accompagnamento al lavoro;
- ☐ colloquio per supporto nel caso di problematiche sul posto di lavoro;

Presentazione della richiesta:

- ☐ La richiesta è presentata direttamente dalla persona interessata oppure
- ☐ La richiesta è presentata per il tramite del servizio:
con sede telefono.....
referente email.....
- ☐ Il servizio Lis richiesto si svolgerà presso:
nell'orario dalle alle nel giorno oppure
- ☐ Il servizio Lis richiesto si svolgerà presso la sede e l'orario da concordare con l'ENS.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi e per gli effetti del Dlgs 196/2003 e del GDPR (General Data Protection Regulation) – Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Inoltre, dichiara di essere a conoscenza che il servizio è finanziato dal Piano disabilità della Provincia di Brescia e che potrà usufruire di massimo 10 ore annue.

Data..... Firma per esteso del/della dichiarante.....

Firma dell'operatore/trice del servizio, se pervisto.....

Da compilare e firmare dopo l'intervento del servizio LIS

Fruizione dell'intervento del servizio LIS

Si attesta che l'intervento è stato erogato:

☐ presso la sede del CPI di

☐ presso la sede dell'azienda

ubicata in

In data

dalle ore

alle ore

Firma per esteso del/della dichiarante.....

Firma dell'operatore/trice del CPI

Firma dell'Azienda

Firma dell'operatore/operatrice ENS che ha effettuato l'intervento: