

MOD. C

Fac Simile richiesta di contributo per l'impiego di Interprete/i della Lingua Italiana dei Segni

Spett.le
Regione Campania
Settore Assistenza Sociale, Programmazione
e Vigilanza sui Servizi Sociali
Centro Direzionale di Napoli Isola A6, 6° piano
80143 Napoli
PEC agc18.sett01@pec.regione.campania.it

[Protocollo dell'amministrazione richiedente]

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, in qualità di _____ dell'amministrazione _____ C.F. _____ con sede legale a _____, CAP _____ in via _____

Numero telefonico _____

e-mail _____ PEC _____

Recapito alternativo presso cui ricevere eventuali comunicazioni (se diverso dalla sede)

CHIEDE

la concessione di un contributo pari a € _____ (*max 40 euro/ora al netto dell'IVA per il numero di ore*) per l'impiego di interprete/i della Lingua Italiana dei Segni iscritto alla short list costituita dal Settore Assistenza Sociale, Programmazione e Vigilanza sui Servizi Sociali della Giunta Regionale della Campania.

Comunica:

- che la tipologia di evento per cui si utilizzerà l'interprete/i è la seguente _____ e riguarda il seguente argomento _____;
- che l'evento si terrà in data _____ presso la seguente sede _____ ed avrà la durata complessiva di ore _____, dalle ore _____ alle ore _____;
- che il nominativo dell'interprete/i individuato (*2 se l'evento prevede traduzione simultanea ed ha una durata di più di 2 ore; 1 negli altri casi*) dalla short list e il compenso orario pattuito, al netto dell'eventuale IVA, è il seguente/i:

Nominativo	Compenso orario pattuito (al netto dell'IVA)

– che la necessità dell’impiego di un interprete/i è legata alle seguenti motivazioni

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- depliant(o relativa bozza) dell’evento, se disponibile;

Luogo e data _____

(firma leggibile) _____