

MOD. D**Fac Simile richiesta di erogazione del 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
_____, in relazione al contributo concesso da codesto Settore per
l'impiego di interprete/i LIS per il seguente evento _____

attesta

- che l'evento si è svolto regolarmente secondo quanto previsto;
- che l'evento ha avuto la durata complessiva effettiva di ore _____;
- che per l'evento è stato/sono stati impiegato/i, così come previsto, il seguente/i interprete/i LIS, che ha/hanno reso la relativa prestazione secondo le modalità concordate, e a cui è stato erogato il compenso pattuito secondo quanto di seguito riportato:

Nominativo	Compenso erogato (al netto dell'IVA)

chiede

la liquidazione del contributo concesso da codesto Settore, pari ad € _____
da accreditare sul conto corrente bancario intestato all'amministrazione rappresentata, avente
il seguente codice IBAN _____

Luogo e data _____ (firma leggibile) _____

Firma del/gli interpreti LIS a quietanza di avvenuto pagamento

Nominativo	Data	Firma