

RICHIESTA INTERPRETE

Cliente

Nome / Cognome, Istituzione, ecc... _____

E-Mail _____

No. cliente _____

SMS / cell. _____

- sordo
- udente
- sconosciuto

Nome della persona sorda _____

Le seguenti indicazioni occorrono solo nel caso di nuovo cliente o di cambiamento d'indirizzo

Via/No. _____

NPA, località _____ Numero AVS _____

Ha ricevuto prestazioni dall'AI? Se sì:

Numero decisione _____ Data della decisione _____

- sorda/debole d'udito
- divenuta sorda
- audiolese deboli di vista
- udente

lavoro

privato

- SIP-Videophone _____
- Telescrit _____
- ☎ Telefono _____
- ☒ Fax _____

Intervento

Data _____ Orario dalle _____ alle _____ h e dalle _____ alle _____ h

Luogo dell'intervento _____ Via _____

NPA _____ Località _____

Luogo d'incontro _____

Allegare la documentazione o inviarla direttamente all'interprete. I documenti vengono trattati con discrezione e restituiti dopo l'intervento

Persona di contatto per la documentazione

- come sopra

Nome / Ditta _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____ E-Mail _____

Motivo della richiesta

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Scuola (colloquio genitori) | <input type="checkbox"/> Conferenza / Relazione = <input type="checkbox"/> come relatore <input type="checkbox"/> partecipante |
| <input type="checkbox"/> Visita medica | <input type="checkbox"/> Infortunio |
| <input type="checkbox"/> Colloquio | <input type="checkbox"/> Seduta / Riunione |
| <input type="checkbox"/> Chiesa | <input type="checkbox"/> Festeggiamento |
| <input type="checkbox"/> Polizia / Tribunale | <input type="checkbox"/> Media (TV/Interviste) |
| <input type="checkbox"/> Manifestazione sportiva | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> Posto di lavoro | <input type="checkbox"/> Visita |
- Corsi / formazione = come istruttore come partecipante

Argomento _____

Argomento non (ancora) noto

Numero di persone presenti: persona audiolesa _____ udente _____ sconosciuto _____

Sono richiesti più interpreti? Quanti _____

Vengono impiegate altre lingue francese inglese tedesco LSF

Forma d'interpretazione desiderata (lingua parlata, lingua dei segni internazionale, ecc.)

Osservazioni

Se possibile , desidero il/la seguente interprete _____

Interpreti non desiderati _____

Abbigliamento: normale professionale di festa per luogo esterno (impermeabile)

NO, non desidero la presenza di un'interprete praticante

Consenso del cliente

Sono a conoscenza che l'interprete è tenuto a rispettare le norme dal suo codice deontologico. L'interprete agisce sotto la propria responsabilità (segreto professionale, neutralità, traduzione fedele).

Luogo, data..... firma:.....

In caso di annullamento dell'incarico, Procom deve essere avvertita almeno due giorni lavorativi prima della data dell'intervento su interpreti@procom-deaf.ch

Inviare a: procom servizio interpreti, Hömelstrasse 17, 8636 Wald

☎ 091 745 27 55, 📠 Fax 091 745 27 57, E-Mail interpreti@procom-deaf.ch

giugno 2015