

COMMITTENTE

 Nome

 Cognome

 E-Mail

 Tel / SMS

Ordina per la prima volta? Se sì, aggiunga il suo indirizzo:

 Via

 No.

 CAP

 Località
INCARICO DI INTERPRETAZIONE

 Data

 Tempo dalle alle & dalle alle

Se non vengono indicate delle interruzioni, la fattura verrà emessa in modo continuo.

LUOGO DELL'INCARICO
 IN PRESENZA

 Nome

(azienda, organizzazione, istituzione, ufficio, studio medico)

 Via

 No.

 CAP

 Località
 ONLINE

 Zoom

 MS Teams

 Altri

 Non lo so

Qualora non si riesca a trovare un/un' interprete in questo momento...

 sono possibili anche le seguenti
date alternative:

 l'incarico è possibile anche online: Sì No

 Si tratta di più appuntamenti con lo stesso argomento e/o nello stesso posto?
 Altre date:

CHI SARÀ PRESENTE?

Persone sordi
(quantità e nomi)

Persone udenti
(quantità e nomi)

CATEGORIA

- Lavoro
- Formazione e perfezionamento
- Religione, chiesa, culto
- Giustizia, polizia, tribunale
- Politica
- Scuola e attività extrascolastiche
- Medico, ospedale, terapia
- Ufficio, comune, URC, AI
- Tempo libero, associazione, cultura, museo, sport, famiglia
- Media

ARGOMENTO

INFORMAZIONI

CONTATTO PER LA DOCUMENTAZIONE

Nome

E-Mail /

Telefono

INTERPRETE

L'incarico è già stato concordato con un/un'interprete?

No

Sì, nome:

Interprete desiderato/a

Non desiderato/a

OSSERVAZIONI

FATTURA

Non lo so *Chiarire per me, per favore*

Decisione AI Nome

Numero decisione

Numero AVS

Fattura a:

Indirizzo committente

Altro indirizzo di fatturazione

CONSENSO COMMITTENTE

- Prendo atto che l'interprete rispetta le regole del codice deontologico della sua professione.
L'interprete agisce sotto la propria responsabilità (riservatezza, neutralità, fedeltà della traduzione).
- Compilando questo modulo di ordinazione, accetto la vostra politica sulla protezione dei dati personali.
- In caso di annullamento di un servizio di interpretariato, PROCOM deve essere informata con almeno 3 giorni lavorativi di anticipo all'indirizzo *interpreti@procom.ch*
In caso contrario, le saranno addebitati i costi corrispondenti.

Luogo

Data

Firma