Poświętne, dnia .....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)
.....
.....
(nr telefonu)

URZĄD GMINY POŚWIĘTNE
ul. Krótka 1
05-326 Poświętne

ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN

Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Z 2011 r. Nr 209, poz. 1243) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:*

- ☐ polskiego języka migowego (PJM)
- ☐ systemu językowo-migowego (SJM)
- ☐ sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

Planowany termin wykonania świadczenia:

- data .....
- godzina .....

Określenie celu wizyty:

- komórka organizacyjna: .....
- rodzaj sprawy.....

.....

Oświadczam, że posiadam orzeczenie/nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności#.

.....
(podpis)

* zaznaczyć właściwe
# niepotrzebne skreślić