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