

.....
(imię i nazwisko)

....., dniar.

.....
(adres)

.....
.....
(nr telefonu osoby upoważnionej
do kontaktu)

**Urząd Gminy
ul. Szkolna 2
89-511 Cekcyn**

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA
PJM, SJM,SKOGN**

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

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

2. Planowany termin wykonania świadczenia (data/godzina)
.....

3. Cel wizyty w urzędzie (komórka organizacyjna i/lub rodzaj sprawy)
.....
.....
.....
.....

4. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* orzeczenie o niepełnosprawności.

.....
(podpis)

Uwagi:

* zakreślić właściwe

ADNOTACJE URZĘDOWE:

- 1. Miejsce spotkania:
.....
- 2. Ustalony termin spotkania
- 3. Usługę świadczyć będzie:
.....
.....
- 4. Inne ustalenia:
.....