

Chodzież, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

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

Starostwo Powiatowe
w Chodzieży
ul. Wiosny Ludów 1
64-800 Chodzież

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 2011 r. Nr 209, poz. 1243) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:*

- polskiego języka migowego (PJM)
- systemu językowo – migowego (SJM)
- sposobu komunikowania się osób głuchoniemych (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 stopniu niepełnosprawności. **

.....
(podpis)

Uwagi:

* zakreślić właściwe

** niepotrzebne skreślić