

Dane osoby zgłaszającej:

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
nr telefonu komórkowego – kontakt SMS

.....
(adres email)

**ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA Z USŁUGI TŁUMACZA
PJM, SJM LUB SKOGN**

Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. Nr 209, poz. 1243), zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty oraz zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza następującej metody komunikowania się* :

- 1) polski język migowy (PJM);
- 2) system językowo-migowy (SJM);
- 3) system komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN),

w celu załatwienia w Starostwie Powiatowym w Białogardzie następującej sprawy:.....

.....

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. Nr 209, poz. 1243) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).

.....
(podpis osoby zgłaszającej)

* właściwe podkreślić.