

....., dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

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

Starostwo Powiatowe
w Oławie
ul. 3 Maja 1
55-200 Oława

**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

** niepotrzebne skreślić