#  .............................., dnia ………….r.

..........................................................

 (imię i nazwisko)

..........................................................

 (adres)
.........................................................

 Urząd Gminy Suchy Las

 ul. Szkolna 13

62-002 Suchy Las

**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 (rodzaj sprawy i/lub komórka organizacyjna)………………………. .…………………………………………………………………………………………………..
…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...
4. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam\*\* orzeczenie o niepełnosprawności.

1. Preferowana forma kontaktu z osobą zgłaszającą (adres e-mailowy, numer faksu, telefon kontaktowy do osoby przybranej): ……………………………………………………….

.........................................

 (podpis)

**Uwagi:
\*** zakreślić właściwe

\*\* skreślić niewłaściwe

**WAŻNE**

Jeżeli chce Pan/Pani skorzystać BEZPŁATNIE ze świadczenia tłumacza PJM, SJM lub SKOGN proszę ZABRAĆ ZE SOBĄ ORZECZENIE, o którym mowa w pkt 4.

**ADNOTACJE URZĘDOWE**:

* Miejsce spotkania /adres, budynek, piętro, pokój/

………………………………………………………………………………………………….

* Ustalony termin spotkania

…………………………………………………………………………………………………

* Usługę świadczyć będzie:
* Tłumacz …………………………………………………………………………………

 imię, nazwisko