

....., dniar.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....

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

GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Żabik 9 lok. 6 i 9
43 -178 Ornontowice

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 głuchoniewidomych (SKOGN)

2. Planowany termin wykonania świadczenia (data/godzina)

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

.....

.....

.....

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

.....
(podpis)

* podkreślić właściwe