



.....
(Miejscowość i data)

FORMULARZ ZGŁOSZENIA CHĘCI SKORZYSTANIA Z POMOCY TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres do korespondencji (jeśli adres do korespondencji jest inny niż zamieszkania)

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego.

1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona (nazwa Poradni /Oddziału wraz z krótkim opisem rodzaju świadczenia)

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

2. Data realizacji usługi (dzień, godzina)

.....

3. Wybrany przez osobę uprawnioną sposób komunikacji (właściwe zaznaczyć):

☐ SMS (nr tel. kom.)

☐ e-mail

Jednocześnie oświadczam, iż 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 - j.t)

.....
(Data i podpis)