

....., dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

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

Starostwo Powiatowe w Kluczborku
ul. Katowicka 1
46-200 Kluczbork

**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