………………., dnia ……………… r.

………………………………

(imię i nazwisko)

………………………………

(adres)

………………………………

**Ośrodek Pomocy Społecznej w Czerwinie**

**Plac Tysiąclecia 1, 07-407 Czerwin**

**Zgłoszenie zamiaru skorzystania z bezpłatnej usługi tłumacza**

**PJM, SJM, SKOGN**

1. Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (DZ. U. 2017, poz. 1824) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:\*
* polskiego języka migowego PJM\*
* systemu językowo-migowego SJM\*
* sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych SKOGN\*
1. Proponowany termin wizyty (data/godzina)

……………………………………………………………………………...

1. Cel wizyty w Ośrodku Pomocy Społecznej w Czerwinie:

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

1. Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną:
* e-mail: ……………………………………………..
* nr tel.: ………………………………………………
* nr tel. komórkowego (kontakt SMS): ………………………………
* nr faksu: ……………………………………………

…………………………………

**\***niepotrzebne skreślić  (czytelny podpis)