

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Adres e-mail: Numer telefonu:

Zgłaszam chęć skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego.

1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona (proszę wpisać nazwę Poradni/Oddziału/Pracowni):

.....

.....

2. Data realizacji usługi: ____ - ____ - ____ r. Godzina: ____ . ____

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się z dn. 19.08.2011 r. (t.j. Dz.U.17.1824) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dn. 27.08.1997 r. (t.j. Dz.U.21.573)

Data: ____ - ____ - ____ r. Podpis wnioskodawcy:

Data: ____ - ____ - ____ r. Podpis przyjmującego wniosek: