UJASTEK
CENTRUM MEDYCZNE

Załącznik 1.IN1

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Imię i nazwisko: . . . . . PESEL: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adres zamieszkania: . . . . . .

. . . . . .

Adres e-mail: . . . . . Numer telefonu: __ __ __ __ __ __ __ __ __

Zgłaszam chęć skorzystania z pomocy:

☐ **Asystenta Osoby ze Szczególnymi Potrzebami**

☐ **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: . . . . . .