

Chodzież, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)
.....

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

Urząd Gminy
w Chodzieży
ul. Notecka 28
64-800 Chodzież

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 2011 r. Nr 209, poz. 1243) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:*

X polskiego języka migowego (PJM)

X systemu językowo – migowego (SJM)

X sposobu komunikowania się osób głuchoniemych (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 stopniu niepełnosprawności. **

.....
(podpis)

Uwagi:

* zakreslić właściwe

** niepotrzebne skreślić