

....., dnia,.....r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

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

**Urząd Gminy Dębica Kaszubska
ul. Zjednoczenia 16A
76-248 Dębica Kaszubska**

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM**

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. z 2011 r. 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)

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

.....
(podpis)

Uwagi:

* wybierz właściwe

- pola oznaczone czerwoną ramką są obowiązkowe