

Łasin, dniar.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

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

Urząd Miasta i Gminy Łasin
86-320 Łasin
ul. Radzyńska 2

**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 2011r. Nr 209, poz. 1243 ze zm.) 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)

.....
.....
.....
4. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam orzeczenie o niepełnosprawności.

.....
(podpis)

Uwagi:

*zakreślić właściwe