

....., dnia.....

FORMULARZ ZGŁOSZENIA
chęci skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres do korespondencji
(jeśli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania, nie wypełniać tego pola)

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego.

1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona (nazwa Poradni /Oddziału wraz z krótkim opisem rodzaju świadczenia)

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

2. Data realizacji usługi (dzień, godzina)

.....

3. Wybrany przez osobę uprawnioną sposób komunikacji (proszę wybrać stawiając znak X i uzupełnić właściwy)

SMS (nr tel. kom.)

e-mail.....

fax

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. Nr 209, poz. 1243) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 - j.t)

.....
Data i podpis