**Załącznik nr 2**

**ZGŁOSZENIE ZAPOTRZEBOWANIA**

**NA USŁUGĘ TŁUMACZENIOWĄ**

|  |
| --- |
| Data zgłoszenia: |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej\*\*: |
| Adres korespondencyjny: |
| E-mail lub telefon: |
| Proponowana data i godzina wizyty (min. 3 dni robocze przed):Miejsce wizyty\*: 1. al. Ujazdowskie 1/32. ul. Belwederska 46/50 (archiwum)3. al. Szucha 14 |
| Wybrana metoda komunikowania się: PJM/SJM\* |
| Uwagi: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreśl

\*\* Osoba doświadczająca trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się, która może korzystać z przewidzianych w ustawie o języku migowym uprawnień