

Ława, dnia

.....

.....

.....

(imię, nazwisko, adres osoby składającej
wniosek, nr telefonu, adres e-mail)

**Komenda Powiatowa
Państwowej Straży Pożarnej
w Ławie
ul. Wyszyńskiego 10
14-200 Ława**

WNIOSEK O BEZPŁATNE ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U.2017.1824 j.t.) zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM/SJM/SKOGN.

❖ Wybrana metoda komunikowania się:*

- PJM (Polski Język Migowy)
- SJM (System Językowo-Migowy)
- SKOGN (Sposób Komunikowania się Osób Głuchoniemych)

❖ Proponowany termin uzyskania świadczenia:

.....

(dzień, miesiąc, rok)

❖ Krótki opis sprawy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis osoby składającej wniosek)

*) prawidłowe zakreślić krzyżykiem