

....., dnia

**Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Lesznie**
ul. Niepodległości 66
64-100 Leszno

**ZGŁOSZENIE
DOTYCZĄCE KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA**

1. Imię i nazwisko osoby uprawnionej:

.....

2. Adres zamieszkania:

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

3. Adres e-mail lub numer faksu do kontaktu z Powiatową Stacją:

.....
.....

4. Telefon kontaktowy do osoby mającej stały lub bezpośredni kontakt z Panem/Panią:

.....

5. Określenie rodzaju sprawy, jaką Pan/Pani chce załatwić w Powiatowej Stacji:

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

6. Metoda komunikowania się za pośrednictwem (*zaznaczyć właściwą*):

- tłumacza posługującego się PJM (polski język migowy);
- tłumacza posługującego się SJM (system językowo-migowy);
- tłumacza posługującego się SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych).

7. Termin spotkania (data, godzina):

.....

8. Uwagi:

.....

.....

.....

9. Oświadczam, że **jestem / nie jestem** (*niepotrzebne skreślić*) osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Warunkiem bezpłatnego skorzystania z pomocy tłumacza PJM, SJM, SKOGN jest przedłożenie ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - zgodnie z powyższą ustawą.

.....

(data, podpis)

ADNOTACJE URZĘDOWE:

1. Miejsce spotkania (komórka organizacyjna, pokój)

.....

2. Usługę świadczyć będzie tłumacz:

.....

3. Inne ustalenia:

.....

.....