

Załącznik Nr 1
do Załącznika Nr 1
do Zarządzenia Nr 8/2024
Dyrektora Powiatowej Stacji
Sanitarno-Epidemiologicznej
w Jarocinie
z dnia 28 maja 2024 r.

.....
(imię i nazwisko)

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

.....
(adres)

.....
(adres e-mailowy lub numer faksu do kontaktu z PSSE)

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

**Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
w Jarocinie
ul. Wąska 2
63-200 Jarocin**

**ZGŁOSZENIE
DOTYCZĄCE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA
PJM, SJM, SKOGN**

Na podstawie art. 11 ust.1 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 20) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:*

- polskiego języka migowego (PJM)
- systemu językowo-migowego (SJM)
- sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

Planowany termin wykonania świadczenia (data i godzina)

Przedmiot sprawy

Oświadczam, że jestem/nie jestem** osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44).

.....
(podpis)

Uwagi:

*zakreślić właściwe

**niepotrzebne skreślić

Adnotacje urzędowe:

Miejsce spotkania (adres, piętro, pokój)

.....

Ustalony termin spotkania

Usługę świadczyć będzie

(imię i nazwisko tłumacza)

Inne

.....