

Dane zgłaszającego:

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres e-mail/telefon kontaktowy)

**ZGŁOSZENIE DOTYCZĄCE SKORZYSTANIA Z USŁUGI
TŁUMACZA PJM, SJM lub SKOGN**

Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się, zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza następującej metody komunikowania się*:

- polski język migowy (PJM),
- system językowo-migowy (SJM),
- system komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN),

w celu załatwienia w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Koninie następującej sprawy:

.....
.....

Proponowany termin:, godz.

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

.....
(podpis osoby zgłaszającej)

* właściwe zaznaczyć.