Wniosek o wpis do rejestru tłumaczy języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM) i sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKGON).

|  |
| --- |
| Nazwa wojewody, do którego jest kierowany wniosek: |
| Data wypełnienia wniosku: |
| I. Dane wnioskodawcy |
| 1. Imię (imiona) | 2. Nazwisko | 3. Numer PESEL\*  |
| 4. Województwo\*\* | 5. Miejscowość | 6. Kod pocztowy | 7. Poczta |
| 8. Ulica | 9. Nr domu | 10. Nr lokalu  | 11. Nr telefonu i nr faksu\*\*\* | 12. Adres poczty elektronicznej (e-mail)\*\*\* |
| Adres do korespondencji - jeżeli jest inny niż adres zamieszkania |
| 13. Województwo\*\* | 14. Miejscowość | 15. Kod pocztowy  | 16. Poczta |
| 17. Ulica | 18. Nr domu | 19. Nr lokalu |
| II. Informacje o zakresie świadczonych usług\*\*\*\* |
| 20. PJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) |
| 21. SJM (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) |
| 22. SKOGN (poziom podstawowy, średnio zaawansowany, zaawansowany) |
| III. Informacje o obszarze świadczenia usług (nazwa gminy, powiatu, województwa) |
| ……………………………………………………………………………………………………(podpis wnioskodawcy) |
| IV. Informacje o sposobie rozpatrzenia wniosku (wypełnia organ rozpatrujący wniosek) |
| ……………………………………………………………………………………………………(podpis i pieczęć wojewody lub osoby przez niego upoważnionej) |

\* W przypadku nieposiadania numeru PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

\*\* Nie dotyczy osób mających miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

\*\*\* Pole nieobowiązkowe.

\*\*\*\* Właściwe podkreślić.