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.