**Dane osoby zgłaszającej:**  ...................................................

 (miejscowość i data)

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

 (imię i nazwisko)

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

 (adres zamieszkania)

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

 (adres email/telefon)

**ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA Z USŁUGI TŁUMACZA
PJM, SJM LUB SKOGN \***

1. Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. Nr 209, poz. 1243, z późn. zm.), zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza\*\*:
2. polskiego języka migowego (PJM),
3. systemu językowo-migowego (SJM),
4. systemu komunikowana się osób głuchoniewidomych (SKOGN),
5. Cel wizyty w Wojewódzkim Inspektoracie Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych w Opolu

……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Proponowany termin realizacji usługi.

….…………………………………………………………………………………………..

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się
(Dz.U. Nr 209, poz. 1243, z późn. zm.) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).

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

 (podpis osoby zgłaszającej)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niniejszy formularz stanowi sugerowany wzór zgłoszenia chęci skorzystania z usługi tłumacza.

\*\* właściwe podkreślić.