

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Odolanów, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr telefonu komórkowego - kontakt sms *

**Burmistrz
Gminy i Miasta Odolanów**

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN

na podstawie art.11 ust.1 oraz art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. nr 209 poz. 1243)

1. Termin udzielenia świadczenia:

.....

2. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się **:

polski język migowy (PJM);

system językowo-migowy (SJM);

sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

3. Rodzaj sprawy:

.....

.....

.....

.....

/podpis/

* dane fakultatywne

** właściwe zaznaczyć