

....., dniar.
(imię i nazwisko)
.....
(adres)
.....
.....
(nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu)

**GMINNY ZARZĄD MIENIA KOMUNALNEGO
w Strzelcach Opolskich
ul.. Zamkowa 2
47 – 100 Strzelce Opolskie**

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, 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. z 2017 r. poz. 1824), zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza:*

- polskiego języka migowego (PJM)
- systemu językowo-migowego (SJM)
- sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

2. Planowany termin wykonania świadczenia (data/godzina)

.....

3. Cel wizyty w urzędzie (komórka organizacyjna i /lub rodzaj sprawy)

.....

.....

.....

4. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam orzeczenie o niepełnosprawności.

.....
(podpis)

* podkreślić właściwe