**Dane osoby zgłaszającej: ..................................................** (miejscowość i data)

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

 (imię i nazwisko)

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

 (adres zamieszkania)

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

 (nr telefonu)

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUGI TŁUMACZA**

**PJM, SJM LUB SKOGN\***

 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 następującej metody komunikowania się \*\*

1. polski język migowy (PJM)
2. system językowo migowy (SJM)
3. system komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN),

w celu załatwienia w Urzędzie Gminy w Ostaszewie następującej sprawy:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
Proponuję 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. z 2017 r. poz. 1824) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia
27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426).

 .....................................................
 (podpis osoby zgłaszającej)

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

\*\*właściwe podkreślić.