

Myślubórz, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu osoby upoważnionej
do kontaktu)

**Dom Wczasów
Dziecięcych
w Myśluborzu**
ul. Marcinkowskiego 10
74-300 Myślubórz

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN

1. Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1824) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:*

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

2. Planowany termin wykonania świadczenia (data/godzina).....

.....

3. Cel wizyty w placówce (rodzaj sprawy).....

.....

.....

.....

.....
(podpis)

Uwagi:

* zakreślić właściwe