

Dane osoby zgłaszającej:

.....

(miejscowość i data)

.....

(imię i nazwisko)

.....

(PESEL)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(adres email)

.....

(tel. kontaktowy)

Przedszkole Miejskie Nr 10

w Jaśle

ul. Ducha 3
38-200 JASŁO

Zgłoszenie chęci skorzystania z usług tłumacza PJM, SJM, SKOGN*

Zgodnie z art. 12 Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. nr 209, poz.1243) zgłaszam chęć skorzystania z świadczenia w postaci usług tłumacza, następującej metody komunikowania się**:

- ☐ polski język migowy (PJM);
- ☐ system językowo-migowy (SJM);
- ☐ system komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN),

w celu załatwienia w Przedszkolu Miejskim Nr 10 w Jaśle następującej sprawy:

.....

.....

Proponowany termin załatwienia sprawy

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) 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 i Nr 171, poz. 1016).

.....

(podpis osoby zgłaszającej)

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

** zaznaczyć właściwe