……………………………………………….

Miejscowość, data

………………………………………………….

imię i nazwisko

…………………………………………………..

 adres zamieszkania

…………………………………………………..

 adres e-mail/ nr faksu

**ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA Z USŁUGI**

 **TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się ( Dz.U. Nr 209, poz. 1243) zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza:

1. polskiego języka migowego (PJM) 🞎
2. systemu językowo-migowego (SJM), 🞎
3. systemu komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN)\* 🞎

w ośrodku

1. KSSiP - Kraków 🞎
2. OSUiWM – Lublin\* 🞎

w celu załatwienia sprawy: ………………………....……………………….…………………………………………….…

…………..……………………………………………......................................……………..…

Proponuję następujący termin realizacji usługi…………………………………………………

Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury – Kraków

Ośrodek Szkolenia Ustawicznego i Współpracy Międzynarodowej - Lublin

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. z 2011r. Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).

……………………………………

podpis osoby uprawnionej