

Krzyż Wielkopolski, dnia _____

imię i nazwisko

adres

telefon kontaktowy

**Urząd Miejski w Krzyżu Wielkopolskim
ul. Wojska Polskiego 14
64-761 Krzyż Wielkopolski**

**ZGŁOSZENIE
dotyczące korzystania ze świadczenia
usług tłumacza języka migowego**

Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 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 ze świadczenia usług tłumacza języka migowego.

Metoda komunikowania się (*proszę zakreślić właściwe*):

- PJM (polski język migowy),
- SJM (system językowo migowego),
- SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniemych).

Planowany termin wykonania świadczenia (data/godzina)

Cel wizyty w urzędzie (rodzaj sprawy do załatwienia)

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

data

podpis

* niepotrzebne skreślić