

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

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

**Powiatowy Urząd Pracy
ul. Traugutta 23
13-100 NIDZICA**

**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 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:*

- polskiego języka migowego (PJM),
- systemu językowo-migowego (SJM),
- sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

2. Planowany termin realizacji świadczenia (data/godzina)

.....
.....

3. Cel wizyty w urzędzie (komórka organizacyjna i /lub rodzaj sprawy)

.....
.....

4. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

.....
.....

.....
(podpis)

* podkreślić właściwe