

Dane osoby zgłaszającej:

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres email)

**ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA Z USŁUGI TŁUMACZA
PJM, SJM LUB SKOGN ***

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

- 1) polski język migowy (PJM),
- 2) system językowo-migowy (SJM),
- 3) system komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN),

w celu załatwienia w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Gdańsku następującej sprawy:

.....
.....
Proponuję termin realizacji usługi :.....

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, z późn. zm.) 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, z późn. zm.).

.....
(podpis osoby zgłaszającej)

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

** właściwe podkreślić.