

Załącznik Nr 1
do Załącznika Nr 1
do zarządzenia Nr 10/2021
Dyrektora Powiatowej Stacji
Sanitarno-Epidemiologicznej w Jarocinie
z dnia 31 maja 2021 r.

....., dnia.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....

.....
(adres e-mailowy lub numer faksu do kontaktu z PSSE)

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

**Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
w Jarocinie
ul. Wąska 2
63-200 Jarocin**

**ZGŁOSZENIE
DOTYCZĄCE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA
PJM, SJM,SKOBN**

Na podstawie art. 11 ust.1 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 1824) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:*

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

Planowany termin wykonania świadczenia (data i godzina)

Przedmiot sprawy

Oświadczam, że jestem/nie jestem**osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 573).

.....
(podpis)

Uwagi:

*zakreślić właściwe

**niepotrzebne skreślić

Adnotacje urzędowe:

Miejsce spotkania (adres, piętro, pokój)

.....

Ustalony termin spotkania

Usługę świadczyć będzie

(imię i nazwisko tłumacza)

Inne

.....