(miejscowość i data)

**Dane osoby zgłaszającej:**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Adres email:

# Zgłoszenie chęci skorzystania z usługi tłumacza PJM, SJM lub SKOGN [[1]](#footnote-1)

1. Zgodnie z art. 12 ust. 1 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 z usługi tłumacza [[2]](#footnote-2):
2. polskiego języka migowego (PJM),
3. systemu językowo-migowego (SJM),
4. systemu komunikowana się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
5. Cel wizyty w Opolskim Urzędzie Wojewódzkim:
6. Proponowany 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. z 2017 r. poz. 1824) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r. poz. 2046).

(podpis osoby zgłaszającej)

1. niniejszy formularz stanowi sugerowany wzór zgłoszenia chęci skorzystania z usługi tłumacza. [↑](#footnote-ref-1)
2. właściwe podkreślić. [↑](#footnote-ref-2)