

Limanowa, dnia r.

.....
imię i nazwisko

.....
adres korespondencyjny

.....
nr tel. komórkowego do kontaktu SMS

.....
adres e-mail

**Komendant Powiatowy
Państwowej Straży Pożarnej
w Limanowej**

**ZGŁOSZENIE POTRZEBY SKORZYSTANIA Z BEZPŁATNEJ POMOCY
TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO (PJM, SJM, SKOGN)**

W związku z koniecznością załatwienia sprawy:

.....
.....
.....
.....
.....

(proszę określić rodzaj sprawy)

w dniu

(proszę podać proponowany termin wizyty)

w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Limanowej niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego.

- PJM (Polski Język Migowy) *
- SJM (System Językowo Migowy) *
- SKOGN (Sposób Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych) *

* - odpowiednie podkreślić

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Limanowej, 34-600 Limanowa, ul. Matki Boskiej Bolesnej 43 w zakresie związanym zgłoszeniem potrzeby skorzystania z bezpłatnej pomocy tłumacza języka migowego.

.....
(podpis)