

....., dnia

**Dyrektor Generalny
Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego
w Szczecinie**

**W N I O S E K
O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. nr 209 poz. 1243 z późn. zm.)

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

2. Adres Wnioskodawcy:

.....

3. Dane kontaktowe (nr telefonu, adres email):

.....

4. Termin udzielenia świadczenia:

.....

5. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się*:

a) polski język migowy (PJM);

b) system językowo-migowy (SJM);

c) sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

6. Rodzaj sprawy:

.....

.....

.....

.....

.....
podpis

* właściwe podkreślić