Orońsko, dnia ….........................

…........................................................

 (imię i nazwisko)

…........................................................

 (adres)

…........................................................

 **WÓJT GMINY OROŃSKO**

 ul. Szkolna 8

 26-505 Orońsko

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA**

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

 polskiego języka migowego (PJM)

 systemu językowo-migowego (SJM)

 sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

Planowany termin wykonania świadczenia:

data: …………………………………………………………………………………………………….

godzina: ………………………………………………………………………………………………...

Określenie celu wizyty:

komórka organizacyjna: ………………………………………………………………………………...

rodzaj sprawy: …………………………………………………………………………………………..

Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną\*:

1. adres poczty elektronicznej: …………………………………………………………………….
2. kontakt sms/mms – numer telefonu: …………………………………………………………….
3. numer faksu: ……………………………………………………………………………………
4. telefonicznie przez osobę trzecią na nr tel.: ……………………………………………………..

…………………………………………

 (podpis wnioskodawcy)

**Informacja dla osoby uprawnionej**:

Zgłoszenie należy złożyć na co najmniej trzy dni robocze przed terminem planowanej wizyty w urzędzie. Termin spotkania potwierdzony zostanie za pomocą wybranego przez Panią/Pana sposobu komunikowania się.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* zaznaczyć właściwe