

.....
(miejsowość, data)

Dane zgłaszającego

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
Województwa Śląskiego w Katowicach
ul. Wiertnicza 3, 40-304 Katowice

ZGŁOSZENIE

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243), zgłaszam chęć skorzystania z usług tłumacza:

- PJM (polski język migowy),
- SJM (system językowo-migowy),
- SKOGN (sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych) *

przy załatwieniu w Urzędzie sprawy dotyczącej:

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

w terminie**:

.....
(data, godzina)

będę/nie będę w obecności osoby przybranej***

Świadczenie jest bezpłatne dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).

.....
(data i podpis zgłaszającego)

* zaznaczyć właściwe pole stawiając znak x

** co najmniej na trzy dni robocze przed planowanym terminem (nie dotyczy sytuacji nagłych)

*** niepotrzebne skreślić