

Wałbrzych dnia .....

.....  
( imię i nazwisko )  
.....  
(adres)  
.....  
.....  
(numer telefonu do osoby upoważnionej  
do kontaktu )

**URZĄD MIEJSKI  
W WAŁBRZYCHU**

**WNIOSEK  
o udostępnienie usługi tłumacza PJM, SJM, SKOGN**

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 usługi tłumacza:\*

- polskiego języka migowego [PJM]
- systemu językowo- migowego [SJM]
- sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych [SKOGN]

Planowany termin wykonania świadczenia (data/godzina).....

.....  
Cel wizyty w Urzędzie [ krótki opis jaką sprawę chce załatwić Pan /Pani w Urzędzie  
podać nazwę Biura].  
.....  
.....

.....  
podpis

Uwagi:

\*zaznaczyć właściwe

