#  Poznań, dnia ……………………………….. r.

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

 (imię i nazwisko)

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

 (adres)

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

.........................................................
 (nr telefonu osoby upoważnionej
 do kontaktu )

 **Starostwo Powiatowe
 w Poznaniu**

## ZGŁOSZENIE ZAMIARU SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA SKOGN

1. Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1824) zgłaszam zamiar skorzystania z usług tłumacza:

󠄀 - sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

2. Planowany termin wykonania świadczenia (data, godzina) ………………………………………………………….…
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Cel wizyty w urzędzie (komórka organizacyjna i / lub rodzaj sprawy) ………………………………………………. .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………...
4. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam orzeczenie o niepełnosprawności.\*

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

 (podpis)

**Uwagi:**
\* niepotrzebne skreślić