

Poznań, dnia .....2015r.

.....  
(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 (DZ. U. z 2011r. Nr 209, poz. 1243) 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