

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