



Centrum Reumatologii Sp. z o.o.

Formularz zgłoszenia potrzeby zapewnienia tłumacza języka migowego

FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEBY ZAPEWNIENIA TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

(polski język migowy – PJM / system językowo-migowy – SJM / SKOGN)

I. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

1. Imię i nazwisko:
.....
2. Adres zamieszkania:
.....
3. Numer telefonu:
.....
4. Adres e-mail (jeżeli dotyczy):
.....
5. Forma kontaktu preferowana przez osobę zgłaszającą: SMS e-mail połączenie wideo inna:

II. DANE OSOBY, DLA KTÓREJ WYMAGANY JEST TŁUMACZ

(wypełnić, jeżeli zgłoszenie dotyczy innej osoby)

1. Imię i nazwisko:
.....
2. Stopień pokrewieństwa / relacja:
.....

III. RODZAJ WNIOSKOWANEGO WSPARCIA KOMUNIKACYJNEGO

Proszę zaznaczyć właściwe: Tłumacz polskiego języka migowego (PJM) Tłumacz systemu językowo-migowego (SJM) Tłumacz sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN) Inna forma wsparcia (jaka?):
.....

IV. INFORMACJE O TERMINIE I MIEJSCU

1. Data wizyty / zdarzenia:
.....
2. Godzina rozpoczęcia: Przewidywany czas trwania:
3. Miejsce (nazwa instytucji, oddział, pokój):
.....



Centrum Reumatologii Sp. z o.o.

Formularz zgłoszenia potrzeby zapewnienia tłumacza języka migowego

4. Cel wizyty / sprawy:

.....

V. DODATKOWE INFORMACJE / POTRZEBY SZCZEGÓLNE

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

VI. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w celu realizacji zgłoszenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.

Data:

Podpis osoby zgłaszającej:

.....

Formularz sporządzono na podstawie ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się.

Niniejszy Formularz należy przesłać na podany adres emailowy: sekretariat@reumatologiczny.pl lub przesłać na adres: Śląskie Centrum Reumatologii im. gen. J. Ziętka w Ustroniu Sp. z o.o. ul. Szpitalna 11, 43-450 Ustroń