…….…………. dn. ……………. r.

Śląskie Centrum Reumatologii,

Ortopedii i Rehabilitacji w Ustroniu Sp. z o.o.

43-450 Ustroń, ul. Szpitalna11

**Dane osoby zgłaszającej:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………….……….

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………

Telefon, adres email: …………………………………………………………………………..

# Zgłoszenie chęci skorzystania z usługi tłumacza PJM, SJM lub SKOGN

1. Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2017 r. poz. 1824), zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza [[1]](#footnote-1):
2. polskiego języka migowego (PJM),
3. systemu językowo-migowego (SJM),
4. systemu komunikowana się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
5. Cel wizyty w Śląskim Centrum Reumatologii, Ortopedii i Rehabilitacji w Ustroniu
Sp. z o.o.:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Proponowany termin realizacji usługi:

…………………………………………………………………………………………….

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1824) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 426 z późn.zm.).

…………………………….

*(podpis osoby zgłaszającej)*

1. *właściwe podkreślić.* [↑](#footnote-ref-1)