

..... dn. r.

Śląskie Centrum Reumatologii
im. gen. Jerzego Ziętka
w Ustroniu Sp. z o.o.
43-450 Ustroń, ul. Szpitalna 11

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:

- 1) polskiego języka migowego (PJM),
- 2) systemu językowo-migowego (SJM),
- 3) systemu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

2. Cel wizyty w Śląskim Centrum Reumatologii, Ortopedii i Rehabilitacji w Ustroniu Sp. z o.o.:

.....
.....

3. 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.