Łazy, dnia ………………….

…..................................................................

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

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

Adres zamieszkania

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

Nr telefonu komórkowego - kontakt sms \*

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

Adres e-mail \*

**Biblioteka Publiczna**

**Miasta i Gminy w Łazach**

**ul. T. Kościuszki 3**

**42-450 Łazy**

**WNIOSEK**

**O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 *ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się* (Dz. U. z 2011 r. nr 209 poz. 1243)

**1. Termin udzielenia świadczenia:** ……………………………………….............................

**2. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się \*\*:**

polski język migowy (PJM);

system językowo-migowy (SJM);

sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

**3. Rodzaj sprawy:**

.………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………….…..

………………………..

(podpis)

\* dane fakultatywne

**\* \*** właściwe zaznaczyć