

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