

Dane osoby zgłaszającej:

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres email)

**Oleskie Przedsiębiorstwo Wodociągów i
Kanalizacji sp. z o.o. w Oleśnie**

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

2. Cel wizyty w Oleskim Przedsiębiorstwie Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. w Oleśnie

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

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 (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 2018 r. poz. 5111).

.....
(podpis osoby zgłaszającej)

**** właściwe podkreślić.**