……………………………………………………………

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………………………………

(adres)

……………………………………………………………

(nr. telefonu/sms, adres e-mail)

(nazwa jednostki organizacyjnej)

Przedszkole Publiczne nr 2

ul. ………………………….

………………………………

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB INNEGO**

na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się:

1. Proponowany termin wizyty:[[1]](#footnote-1) Wybierz datę
2. Informacja dotycząca metody komunikowania się:

polski język migowy (PJM);

system językowo-migowy (SJM);

1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona:[[2]](#footnote-2) Opisz swoją sprawę

**INFORMACJA DLA OSOBY UPRAWNIONEJ**

Zgłoszenie zostanie przekazane do właściwego pracownika, który skontaktuje się za pomocą wybranego przez Panią/Pana sposobu komunikowania się w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania.

1. Nie wcześniej niż 3 dni robocze od dnia wpływu wniosku do podmiotu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Tu proszę krótko opisać jaką sprawę chce Pan/Pani załatwić. [↑](#footnote-ref-2)