

Powiatowa Stacja

Sanitarno - Epidemiologiczna w Koninie

ul. Staszica 16

62 - 500 Konin

ZGŁOSZENIE

DOTYCZĄCE KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA

1. Imię i nazwisko osoby uprawnionej:

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Adres e-mail lub numer faksu do kontaktu z Powiatową Stacją:

.....

4. Telefon kontaktowy do osoby mającej stały lub bezpośredni kontakt z Panem/Panią:

.....

5. Określenie rodzaju sprawy, jaką Pan/Pani chce załatwić w Powiatowej Stacji:

.....

.....

.....

6. Metoda komunikowania się za pośrednictwem (*zaznaczyć właściwą*):

- o tłumacza posługującego się PJM (polski język migowy);
- o tłumacza posługującego się SJM (system językowo-migowy);
- o tłumacza posługującego się SKOBN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych).

7. Termin spotkania (data, godzina):

8. Uwagi:

.....

9. Oświadczam, że **jestem / nie jestem** (*niepotrzebne skreślić*) osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.).

Warunkiem bezpłatnego skorzystania z pomocy tłumacza PJM, SJM, SKOGN jest przedłożenie ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - zgodnie z powyższą ustawą.

.....

(data, podpis)

ADNOTACJE URZĘDOWE:

1) Miejsce spotkania (komórka organizacyjna, pokój)

.....

2) Usługę świadczyć będzie tłumacz:

.....

(imię i nazwisko)

3) Inne ustalenia:

.....

.....