

.....dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

**Starosta
Powiatu Wyszowskiego**

Na podstawie art.11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z dnia 3 października 2011r., Nr 209, poz.1243 z póź. zm.) jako osoba uprawniona zgłaszam zamiar skorzystania z bezpłatnej usługi tłumacza (proszę właściwe podkreślić):

- a) polskiego języka migowego (PJM)
- b) systemu językowo- migowego (SJM)
- c) sposób komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN)

Cel wizyty w Starostwie (proszę krótko opisać jaką sprawę chce Pani/Pan załatwić w Starostwie lub proszę podać nazwę wydziału):

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

Planowany termin spotkania (data/godzina)

.....

Proszę o wybranie sposobu kontaktowania się z Panią/Panem w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania:

- 1. adres poczty elektronicznej
- 2. nr faksu.....
- 3. nr telefonu komórkowego do kontaktu SMS.....

.....
podpis

Dane teleadresowe Starostwa:

Starostwo Powiatowe w Wyszowie Aleja Róż 2,07-200 Wyszów
tel. 029 743 59 00
fax. 029 743 59 33
starostwo@powiat-wyszowski.pl