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

…………………………………………………….…

(Imię i Nazwisko Wnioskodawcy)

…………………………………………………………

………………………………………………..………

 (Adres Wnioskodawcy)

……………………………………………..……………

 (Numer tel., adres e-mail)

**Przedszkole Integracyjne nr 8**

**ul. Karmelicka 3b**

**00-149 Warszawa**

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);
* sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona:[[2]](#footnote-2)

…………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## INFORMACJA DLA OSOBY UPRAWNIONEJ

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

Prosimy o zapoznanie się z klauzulą informacyjną udostępnioną przez Przedszkole Integracyjne nr 8 w Warszawie.

1. Termin wizyty powinien być ustalony na minimum 7 dni roboczych od daty złożenia lub wpływu wniosku do placówki. [↑](#footnote-ref-1)
2. Prosimy o krótki opis sprawy, którą chciałby Pan/Pani zrealizować w naszej placówce. [↑](#footnote-ref-2)