

Grudziądz, dnia

.....

(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

.....

(adres zamieszkania)

.....

.....

(adres do korespondencji, e- mail, nr telefonu)

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Grudziądzu
ul. Małomłyńska 1
86-300 Grudziądz**

**ZGŁOSZENIE ZAPOTRZEBOWANIA NA USŁUGĘ TŁUMACZA JĘZYKA
MIGOWEGO**

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza języka migowego w systemie PJM, SJM, SKOGN*. Proponowana data i godzina wizyty (minimum 3 dni od dnia dostarczenia zgłoszenia)

.....

(data i godzina wizyty)

Niniejsze z głoszenie dotyczy

.....

.....

.....

.....

(krótki opis sprawy)

*niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

.....

(podpis osoby uprawnionej)

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. Nr 209, poz. 1243) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 ze zm.) jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.