……………………………….……………. …………………………….., dnia …………….
Imię i nazwisko

………………………………………………

………………………………………………
Adres zamieszkania

………………………………………………
Telefon kontaktowy

**Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy**

**Rodzinie w Wyszkowie**

Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r., poz. 20) jako osoba uprawniona zgłaszam zamiar skorzystania z bezpłatnej usługi tłumacza (proszę podkreślić właściwe):

1. polskiego języka migowego (PJM);
2. systemu językowo – migowego (SJM);
3. sposób komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN).

Cel wizyty w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wyszkowie (proszę krótko opisać sprawę jaką chce Pani/Pan załatwić):

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

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

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

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

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

Planowany termin spotkania (data i godzina):

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

Wizyta zostanie potwierdzona telefonicznie.

 ……………………………………………………….
 Podpis