…………………………………, …………………

 (miejscowość) (dnia)

……………………………………………………

 (imię i nazwisko)

……………………………………………………

 (PESEL)

……………………………………………………

 (adres)

……………………………………………………

 (telefon kontaktowy)

……………………………………………………

 (e-mail)

**Dyrektor**

**SPZZOZ w Wyszkowie**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza:

[ ]  Polskiego Języka Migowego

[ ]  Systemu Językowo-Migowego

w dniu …………………….. w …………………………………………………………………………….

 (data) (nazwa oddziału/poradni/pracowni)

 Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną/przybraną\* w myśl przepisów *Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się*  (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1824)

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………..

 (podpis wnioskodawcy)