…………………………………, …………………

(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)