

.....  
(miejsowość)

.....  
(dnia)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres)

.....  
(telefon kontaktowy)

.....  
(e-mail)

**Dyrektor  
SPZZOZ w Wyszkanie**

### 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)