



Miejscowość:

dnia:

Imię i nazwisko.....

PESEL:.....

Adres:.....

Telefon kontaktowy:.....

e-mail:.....

**Dyrektor
SPZZOZ w Wyszakowie**

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza:

w dniu:

nazwa poradni/pracowni:

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą 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)

.....
(podpis wnioskodawcy)