dnia ……………………

 Urząd Gminy Bedlno

 Bedlno 24, 99-311 Bedlno

**Wniosek o zapewnienie tłumacza języka migowego lub innego**

na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 poz.1824).

1. Imię i nazwisko: …………………..……………...………………………………................................

2. Adres: …………..……………………….………………………………………...................................

3. Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail): ………………………………......................................

4. Termin wizyty w Urzędzie (nie wcześniej niż 3 dni robocze od dnia wpływu wniosku do Urzędu):

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

5. Wskaż metodę komunikowania się:

a) polski język migowy (PJM);

b) system językowo-migowy (SJM);

c) sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

6. Sprawa (napisz, co chcesz załatwić w Urzędzie):

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

............................................

Podpis