**Wzór wniosku o pomoc tłumacza języka migowego**

…………………………….………., dnia …………………………

Szkoła Podstawowa im. prof. Waleriana Pańki

Turze Pole 152,

36-200 Brzozów

W N I O S E K

O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

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 Wnioskodawcy: ………………………………………………..……………...…………………………………..…………………………………..…………...

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

3. Dane kontaktowe umożliwiające potwierdzenie wizyty przez pracownika Szkoły (nr telefonu, adres email): …………………………...…………………………………………………………….........................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Termin wizyty w Szkole ( nie wcześniej niż 3 dni robocze od dnia wpływu wniosku do Szkoły): ………………………………………….…………………………………………………….……...……................................................ ...................................................................................................................................................................

5. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się ( podkreślić właściwe) :

a) polski język migowy (PJM);

b) system językowo-migowy (SJM);

c) sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

6. Sprawa ( co chcę załatwić w Urzędzie): …………………………...……………………………………………………………...............................................................… …………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………… …………………………...……………………………………………………………................................................................… ……………………………………………………………………………………………………………..………….…………………………….…

podpis