Miejscowość, data:

**Dane osoby zgłaszającej:**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Tel. Kontaktowy/adres e-mail:

**ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA Z USŁUGI TŁUMACZA PJM, SJM LUB SKOGN**

Uprzejmie proszę o możliwość skorzystania z usługi tłumacza PJM, SJM, SKOGN[[1]](#footnote-1) w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Opolskiego w sprawie:

Proponowany termin realizacji usługi (data i godzina):

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2017 r. poz. 1824) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r. poz. 2046).

podpis osoby zgłaszającej

1. Właściwe podkreślić [↑](#footnote-ref-1)