

**Urząd Marszałkowski
Województwa Zachodniopomorskiego
ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin**

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA PJM/SJM/SKOGN

Imię i nazwisko _____

Numer telefonu (kontakt SMS) _____

Adres e-mail (kontakt e-mail) _____

Jakiego tłumacza Pan/Pani potrzebuje?

- PJM (Polski język migowy)
- SJM (System Językowo - Migowy)
- SKGON (Sposoby Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych)

Jaką sprawę chce Pan/Pani załatwić?

Kiedy chciałby Pan/chciałaby Pani załatwić sprawę z udziałem tłumacza?

data (dzień, miesiąc, rok) _____ godzina _____

Urząd Marszałkowski skontaktuje się z Panem/Panią żeby ustalić szczegóły załatwienia sprawy.

Czy posiada Pan/Pani ważne orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność?

- tak
- nie

Miejscowość i data

Podpis