**ZGŁOSZENIE ŚWIADCZENIA**

**USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM i SKOGN**

DANE ADRESOWE URZĘDU

**Urząd Gminy Lipno**

ul. Powstańców Wielkopolskich 9, 64-111 Lipno

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| KONTAKT Z URZĘDEM | |  | |
| **informacja telefoniczna:** | | **65 534 01 27** |
| **numer faksu:** | | **65 534 01 09** |
| **adres poczty elektronicznej:** | | **urzad@lipno.pl** |

DANE ADRESOWE OSOBY UPRAWNIONEJ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię: |  | Nazwisko: |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  | |  |
| Ulica: |  | Kod pocztowy: | |  | | - |  | Miejscowość: |  | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  | |

SPOSÓB KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OSOBĄ UPRAWNIONĄ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Adres poczty elektronicznej: |  |  |
|  | Numer faksu: |  |  |
|  | Telefoniczne przy pomocy osoby trzeciej sprawnej komunikatywnie: |  |  |

RODZAJ USŁUGI, Z KTÓREJ CHCE SKORZYSTAĆ OSOBA UPRAWNIONA

|  |
| --- |
| Proszę krótko opisać jaką sprawę chce Pan/Pani załatwić w Urzędzie Gminy Lipno ewentualnie proszę podać nazwę komórki organizacyjnej, która realizuje tą usługę. |

PROPONOWANY TERMIN SPOTKANIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data: |  | / |  | / |  |  | Godzina |  |  | **:** |  |

METODA KOMUNIKACJI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | PJM (polski język migowy) |  | SJM (system językowo – migowy) |  | SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniemych) |

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy zdnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tekst jedn. 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 426 ze zm.).

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

*Data i podpis*

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

*Data i podpis*

INFORMACJA DLA OSOBY UPRAWNIONEJ

Zgłoszenie zostanie przekazane do właściwego pracownika Urzędu Gminy Lipno, który skontaktuje się za pomocą wybranego przez Pana/Panią sposobu komunikowania się w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania.