Kłecko, dnia ………..…......

……………………………………………

imię i nazwisko wnioskodawcy

……………………………………………

adres zamieszkania

……………………………………………

nr telefonu

……………………………………………

adres e-mail \*

**Urząd Miejski Gminy Kłecko**

**Ul. Dworcowa 14**

**62-270 Kłecko**

**WNIOSEK**

**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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 20.) wnioskuję o udzielenie świadczenia:

1. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się \*\*:
2. polski język migowy (PJM);
3. system językowo-migowy (SJM);
4. sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
5. Termin wizyty w Urzędzie (w terminie co najmniej 3 dni roboczych od dnia złożenia wniosku): …………………………………………………………………………………..
6. Rodzaj sprawy:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

…………………………………….

 podpis

\* dane fakultatywne

\*\* właściwe zaznaczyć