

Załącznik nr 1

Regulacja dostępu alternatywnego
w Powiatowym Centrum Usług Wspólnych
w Ciechanowie

....., dnia.....

miejsowość

**Powiatowe Centrum
Usług Wspólnych
ul.17 Stycznia 7
06-400 Ciechanów**

WNIOSEK O ZAPEWNIENIU TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB INNEGO

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:

.....

2. Adres:

3. Dane kontaktowe (wybrane przez wnioskodawcę):

.....

4. Termin wizyty w Powiatowym Centrum Usług Wspólnych(nie wcześniej niż
3 dni robocze od dnia wpływu wniosku do PCUW):

.....

5. Wskaż metodę komunikowania się:

a) polski język migowy (PJM);

b) system językowo-migowy (SJM);

c) sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

6. Sprawa (napisz, co chcesz załatwić w Powiatowym Centrum Usług Wspólnych):

.....

.....

.....

.....

Podpis