

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, dnia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu)

.....
(adres e-mail)

**Dyrektor Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Krośnie
ul. Bieszczadzka 1
38-400 Krosno**

ZGŁOSZENIE CHĘCI KORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA PJM, SJM, SKOGN

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie, podczas której niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego:

- Polskiego języka migowego (PJM)*
- Systemu językowo-migowego (SJM)*
- Sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)*

* zaznaczyć właściwe

Celem wizyty będzie załatwienie spraw urzędowych dotyczących (krótki opis sprawy, proponowany termin spotkania w PCPR w Krośnie):

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

.....
(podpis)