

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

Regionalny Ośrodek Doskonalenia
Nauczycieli i Informacji Pedagogicznej
„WOM” w Rybniku
ul. Parkowa 4a
44-200 Rybnik

ZGŁOSZENIE

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243), zgłaszam chęć skorzystania z usług tłumacza przy załatwieniu sprawy dotyczącej:

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

w terminie*:

.....
(data, godzina)

Będę/nie będę w obecności osoby przybranej**

.....
(data i podpis zgłaszającego)

* co najmniej na trzy dni robocze przed planowanym terminem

** niepotrzebne skreślić