



Kraków, dnia _____ - _____ - _____ r.

Dane osoby zgłaszającej

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Tel. kontaktowy:

Adres e-mail:

ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Uprzejmie proszę o możliwość skorzystania z usługi tłumacza języka migowego w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o. w sprawie:

Proponowany termin realizacji usługi (data i godzina):

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243 z późn. zm.) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.).

.....

- podpis osoby zgłaszającej -