ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA
USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Imię i nazwisko osoby uprawnionej ………………………………………………………………

Adres e-mail umożliwiający kontakt
z osobą uprawnioną ……………………………………………………………..

Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby słyszącej,
upoważnionej do kontaktu w imieniu osoby uprawnionej: ……………………………………… ……………………………………………………………………………………………………..

 *Posiadam* *Nie posiadam*

Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej □ □

Adres korespondencyjny ……………………..………………………………………………..

Zwięzłe określenie rodzaju sprawy jaką chce się załatwić w Powiatowym Urzędzie Pracy
dla Powiatu Nowosądeckiego ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Planowany termin skorzystania z usługi tłumacza języka migowego\* ……………………….……

…………………………, dnia……………… ……………………………………..

 (miejscowość) (podpis)

\*osoba uprawniona, która zamierza skorzystać z usługi tłumacza migowego, proszona jest zgłosić ten fakt
w terminie co najmniej 3 dni robocze przed tym zdarzeniem:

* *telefonicznie 18 4400808, lub:*
* *e-mail* *ko@pup.powiat-ns.pl**,*
* *poprzez przesłanie faksu: 18 4400808,*
* *w formie pisemnej pocztą na adres Powiatowy Urząd Pracy dla Powiatu Nowosądeckiego, ul. Nawojowska 118, 33-300 Nowy Sącz*
* *osobiście: stanowisko Informacji w holu Urzędu*