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*