

Miejscowość , data

.....
Nazwisko i Imię

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres do korespondencji

.....
Nr telefonu i adres e-mail

**Do Dyrektora
SPZOZ w Mińsku Mazowieckim**

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM, SJM

Wskazuję wybraną metodę komunikacji

Niniejsze zgłoszenie dotyczy:

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).

.....
Data i podpis

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i podpis