

ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA Z POMOCY TŁUMACZA JĘZYKA PJM, SJM I SKOBN

1. Oznaczenie wnioskodawcy:
(nazwisko i imię, nazwa)
.....
2. Oznaczenie miejsca zamieszkania:
(miejsce zamieszkania wnioskodawcy)
.....
3. Telefon
4. Zgłaszam chęć skorzystania w dniu¹⁾ z pomocy tłumacza języka migowego podczas załatwiania spraw w Urzędzie Miasta Piły w Wydziale/Biurze
5. Jako metodę komunikowania wybieram²⁾:
- polski język migowy (PJM)
 - system językowo-migowy (SJM)
 - sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOBN)

6. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną służącą do zbierania danych osobowych w Urzędzie Miasta Piły, zamieszczonej w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Piły – zakładka „Jak załatwić sprawę w Urzędzie”.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie ujętym w niniejszym wniosku w celu jego realizacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Piła, dnia.....

.....

czytelny podpis

¹⁾ w przypadku zgłoszenia pocztą elektroniczną lub tradycyjną należy zabrać ze sobą orzeczenie o niepełnosprawności w dniu załatwiania sprawy w UM z udziałem tłumacza.

²⁾ zakreślić właściwy kwadrat krzyżykiem.