# **Wniosek o zapewnienie możliwości wybranej metody komunikacji**

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM/SJM/SKOGN.

1. Organ do którego kierowany jest wniosek:

**Starosta Pszczyński**

**Ul. 3 Maja 10**

**43-200 Pszczyna**

1. Proszę oznaczyć znakiem X wybraną metodę komunikowania się:

☐ PJM (polski język migowy)

☐ SJM (system językowo-migowy)

☐ SKOGN (sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych)

1. Proszę wpisać dane osoby, która chce skorzystać z usługi tłumacza

|  |
| --- |
| imię i nazwisko:  |
| miejscowość:  |
| ulica:  |
| nr domu:  |
| nr lokalu:  |
| kod pocztowy: |
|  telefon lub-mail : |

1. Proszę wpisać proponowany termin spotkania:
2. Proszę określić rodzaj sprawy, której będzie dotyczyła wizyta w urzędzie.

\*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla celów jego realizacji.

**Data oraz podpis osoby upoważnionej do skorzystania z usługi tłumacza migowego:**

Obowiązek informacyjny zgodnie z RODO (Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych) znajduje się na stronie internetowej powiatu: www.powiat.pszczyna.pl - BIP – inne informacje – ochrona danych osobowych.