**ZAŁ. NR 1**

………….………………., dnia ……………

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**Chęci skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego**

……………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko PESEL

………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania

**Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego.**

1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona ( nazwa Poradni/ Oddziału wraz

z krótkim opisem rodzaju świadczenia):

◻ przyjęcie do szpitala / oddział …………………………………….

◻ przyjęcie do poradni / poradnia……………………………………..

◻ przyjęcie do pracowni diagnostycznej- proszę wskazać pracownię: ………………………….

2. Data realizacji usługi ( dzień, godzina)………………………………………………………………

3. Wybrany przez osobę uprawnioną sposób komunikacji ( proszę wybrać stawiając **X** i uzupełnić właściwy):

◻ SMS ( nr telefonu komórkowego)………………………………………………

◻ e-mail………………………………………………………………………………

◻ fax…………………………………………………………………………………

Jednocześnie oświadczam, że jestem osoba uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r o języku migowym i innych środkach komunikowania się ( Dz.U. z 2017 poz.1824 ).

………..………………………………………

Czytelny podpis osoby uprawnionej