

..... dn. .... r.

Śląskie Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowe,  
im. dr. Adama Szebesty w Rabce-Zdroju Sp. z o.o.  
34-700 Rabka - Zdrój, ul. Dietla 5

**Dane osoby zgłaszającej:**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon, adres email: .....

**Zgłoszenie chęci skorzystania z usługi tłumacza PJM, SJM lub SKOGN**

1. Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2017 r. poz. 1824), zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza <sup>1</sup>:

- 1) polskiego języka migowego (PJM),
- 2) systemu językowo-migowego (SJM),
- 3) systemu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

2. Cel wizyty:

.....  
.....

3. Proponowany termin realizacji usługi:

.....

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1824) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 426 z późn.zm.).

.....  
(podpis osoby zgłaszającej)

---

<sup>1</sup> właściwe podkreślić.