

WNIOSKODAWCA

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

telefon, e-mail)

Burmistrz Miasta i Gminy Wleń

Plac Bohaterów Nysy 7

59-610 Wleń

WNIOSEK O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 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 ze świadczenia usług tłumacza PJM/SJM/SKOGN.

Wybrana metoda komunikowania się*

☐	PJM (polski język migowy)
☐	SJM (system językowo-migowy)
☐	SKGON (sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych)

- **Proponowany termin udzielenia świadczenia:**

Proszę podać datę: dzień, miesiąc, rok

- **Rodzaj sprawy**

.....
.....
.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Miasta i Gminy Wleń dla celów realizacji wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) i Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1669 i 2019 z późn. zm.).

.....
.....

miejsowość i data

podpis wnioskodawcy

Uwagi: * Proszę zakreślić jedno właściwe pole krzyżykiem.