# **Zgłoszenie**

# **dotyczące bezpłatnej asysty tłumacza języka migowego**

# Świadczenie przeznaczone dla osób uprawnionych będących osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

………………………………., dnia ………………………

………………………………………….

Imię i Nazwisko osoby uprawnionej:

Ulica: ……………………………………

Miejscowość: ………………….

### **Szkoła Podstawowa im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krusinie**

### **Krusin 53, 86-230 Lisewo**

### **KONTAKT ZE SZKOŁĄ**

telefonicznie przy pomocy osoby trzeciej sprawnej komunikacyjnie: nr tel. 56 676 80 22

numer faksu: 56 676 80 22

adres poczty elektronicznej: sekretariat@spkrusin.pl, dyrektor@spkrusin.pl

### **SPOSÓB KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OSOBĄ UPRAWNIONĄ \***

Adres poczty elektronicznej - ............................................................ Numer telefonu (wiadomości SMS) - ........................................................... Telefonicznie przy pomocy osoby trzeciej sprawnej komunikacyjnie: nr tel. ................................

### **RODZAJ USŁUGI, Z KTÓREJ CHCE SKORZYSTAĆ OSOBA UPRAWNIONA**

(proszę krótko opisać jaką sprawę chce Pan/Pani załatwić)

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

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

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

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

**PROPONOWANY TERMIN SPOTKANIA:** ....................................................................

(wpisać datę i godzinę)

……………………………..

\*właściwe zaznaczyć (podpis osoby uprawnionej)