

## TŁUMACZ JĘZYKA MIGOWEGO

### Formularz zgłoszeniowy

**Imię i nazwisko osoby uprawnionej:** .....

**Adres osoby uprawnionej:** .....

**Telefon kontaktowy:** .....

**Data sprawy:** .....

**Krótki opis sprawy:** .....

.....

.....

.....

.....

**Nazwa działu/placówki, w której odbywać się będzie tłumaczenie:**

.....

.....

.....

**Preferowana metoda komunikowania się:**

PJM- Polski Język Migowy

SJM- System Językowo-Migowy

SKOGN- Sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych

Formularz zgłoszeniowy można zgłaszać:

- pisemnie wysyłając na adres: MOPS Gdynia 81-265 Gdynia, ul. Grabowo 2
- faksem: 58 782 01 20
- e-mailem: sekretariat@mopsgdynia.pl
- osobiście w sekretariacie MOPS

.....  
**Podpis osoby uprawnionej**