**Załącznik nr 1**

Regulacja dostępu alternatywnego

w Starostwie Powiatowym w Ciechanowie

…………..…….……………., dnia……….…………….

miejscowość

**Starostwo Powiatowe**

**ul.17 Stycznia 7**

**06-400 Ciechanów**

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIU TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO LUB INNEGO**

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 poz.1824).

* 1. Imię i nazwisko: …………………………..……………...…………………………………………
	2. Adres: …………..……………………….…………………...………………….....
	3. Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail): ……………………………………………………………..………………….…….
	4. Termin wizyty w Starostwie (nie wcześniej niż 3 dni robocze od dnia wpływu wniosku do Starostwa): …………………………….............................
	5. Wskaż metodę komunikowania się:
		1. polski język migowy (PJM);
		2. system językowo-migowy (SJM);
		3. sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
1. Sprawa (napisz, co chcesz załatwić w Starostwie): ……………………….……………………………………………………………...……………………...………………………………………………..………..…………………………………………………………………………………………..

……………………………….………….

Podpis