

**POWIADOMIENIE O CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA
USŁUGI TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

Imię i nazwisko osoby uprawnionej		
Adres e-mail umożliwiający kontakt z osobą uprawnioną lub imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby słyszącej, upoważnionej do kontaktu w imieniu osoby uprawnionej		
Orzeczenie o niepełnosprawności osoby uprawnionej	Posiadam	Nie posiadam
Adres korespondencyjny		
Zwięzłe określenie rodzaju sprawy jaką chce się załatwić w Starostwie Powiatowym w Nowym Sączu		
Planowany termin skorzystania ze świadczenia (dzień i godzina)		
....., dnia		
(miejscowość)		