

Wniosek o zapewnienie możliwości wybranej metody komunikacji

Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM/SJM/SKOGN.

1. Organ do którego kierowany jest wniosek:

Zarząd Dróg, inwestycji i Remontów Powiatu Rybnickiego

ul. Jankowicka 49

44-200 Rybnik

2. Proszę oznaczyć znakiem X wybraną metodę komunikowania się:

PJM (polski język migowy)

SJM (system językowo-migowy)

SKOGN (sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych)

3. Proszę wpisać dane osoby, która chce skorzystać z usługi tłumacza

imię i nazwisko:
miejsowość:
ulica:
nr domu:
nr lokalu:
kod pocztowy:
telefon lub-mail :

4. Proszę wpisać proponowany termin spotkania:

5. Proszę określić rodzaj sprawy, której będzie dotyczyła wizyta w urzędzie.

.....
.....

Data oraz podpis osoby upoważnionej do skorzystania z usługi tłumacza migowego:

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla celów jego realizacji.

*Obowiązek informacyjny zgodnie z RODO (Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych) znajduje się na stronie internetowej powiatu: www.bip.zdp.powiatrybnicki.pl - **BIP – klauzula informacyjna**