Iłowa, …….. 201.. r.

……
imię i nazwisko

……
adres zamieszkania

……
nr telefonu

……
adres e-mail

Urząd Miejski

w Iłowej

ul. Żeromskiego 27

Zgłaszam chęć skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego* podczas załatwiania sprawy dotyczącej:

……

……

……

w terminie** ……

……
podpis

* Świadczenie jest bezpłatne dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).

** Zgłoszenie następuje co najmniej 3 dni robocze przed planowaną wizytą w urzędzie.