Data ……………….…………………….

Powiatowy Urząd Pracy

ul. Obrońców Helu 10

59-700 Bolesławiec

**Zgłoszenie zamiaru skorzystania z usług tłumacza języka migowego**

1. Imię i nazwisko osoby uprawnionej

……………………………………...…………………………………………………………………………………………

1. Dane adresowe osoby uprawnionej

………………………………...……………………………………………………………………………….………………

………………………………………………………………………………………………………………………………....

1. Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną

e-mail: …………………………………………………………………………………………………………….……..…

nr faksu:….……………………………………………………………………………………………………..…….…...

nr telefonu – SMS, MMS:……………………………………………………………………………………..…...

nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu:……………………………………………………….……

1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona

………………………………………………………………………………………………………………………..………...

…………………………………………………………………………………………………………………………..……...

………………………………………………………………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………………………………………….……...

1. Planowany termin spotkania (formularz należy złożyć co najmniej na 3 dni robocze przed spotkaniem)

…………………………………………………………………………………………………………………..………….......