

Załącznik nr 2  
do Procedury obsługi osób ze szczególnymi  
potrzebami w Urzędzie Miasta i Gminy w Staszowie

.....  
Data

.....  
Miejscowość

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Nr telefonu

.....  
e-mail – kontakt za pośrednictwem e-maila

**Urząd Miasta i Gminy w Staszowie**  
**ul. Opatowska 31**  
**28- 200 Staszów**

## **Wniosek o bezpłatne zapewnienie tłumacza języka migowego**

Na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się wnoszę o udzielenie świadczenia:

1. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się:
  - polski język migowy (PJM);
  - system językowo-migowy (SJM);
  - sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).
2. Proponowany termin udzielenia świadczenia (po upływie co najmniej 3 dni roboczych od złożenia wniosku, z wyłączeniem sytuacji nagłych):

.....

3. Rodzaj sprawy (krótki opis):

.....  
.....  
.....

4. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do bezpłatnego korzystania z usług tłumacza języka migowego z ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Miasta i Gminy w Staszowie zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, przekazanych PCPS w związku z zapewnieniem bezpłatnej usługi tłumacza języka migowego.

.....  
Podpis Wnioskodawcy