

Mioszów, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu kontaktowego

.....
adres e-mail

Urząd Miejski w Mioszowie

Zgłaszam chęć skorzystania z usług tłumacza języka migowego

- polskiego języka migowego PJM
- systemu językowo - migowego SJM
- sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych SKOGN

podczas załatwiania sprawy dotyczącej:

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

w terminie:.....

.....
podpis