……………………………………………………. ………………………..., dnia……………………

Imię i nazwisko

……………………………………………………

Adres zamieszkania

 **Dyrektor**

 **Muzeum Cypriana Norwida w Dębinkach (w organizacji)**

Na podstawie art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się ( Dz. U. z dnia 3 października 2011 r. , Nr 209, poz. 1243 z póź. Zm.) jako osoba uprawniona zgłaszam zamiar skorzystania z bezpłatnej usługi tłumacza (proszę właściwe podkreślić):

1. polskiego języka migowego (PJM)
2. systemu językowo-migowego (SJM)
3. sposób komunikowania się osób głuchoniemych (SKOGN)

Planowany termin spotkania ( data/godzina)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proszę o wybranie sposobu komunikowania się z Panią/Panem w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania:

1. adres poczty elektronicznej ……………………………………………………………………………………….
2. nr telefonu komórkowego…………………………………………………………………………………………..

 Podpis

 …………………………………

**Dane teleadresowe:**

Muzeum Cypriana Norwida w Dębinkach

ul. Pałacowa 7, 07-230 Dębinki

571-406-190

kontakt@muzeumnorwida.com