

## Szpital Powiatowy w Pasłęku

....., dnia.....

### Formularz zgłoszenia chęci skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego

Imię i nazwisko, PESEL osoby uprawnionej

.....  
Adres zamieszkania osoby uprawnionej .....

.....

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej oraz dane kontaktowe, jeżeli zgłoszenia dokonuje nie sama osoba uprawniona, a inna osoba przez nią upoważniona

.....  
.....

### Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza języka migowego.

1. Rodzaj usługi, z której chce skorzystać osoba uprawniona (nazwa Poradni/Pracowni/Oddziału/Działu): \*

- przyjęcie do szpitala / oddział .....
- przyjęcie do poradni / poradnia.....
- przyjęcie do pracowni diagnostycznej / pracownia: .....
- inne sprawa administracyjna / dział .....

2. Data realizacji usługi (dzień, godzina).....

3. Wybrany przez osobę uprawnioną sposób komunikacji \*

- e-mail .....
- numer telefonu .....

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r o języku migowym i innych środkach komunikowania się (t.j. Dz.U. 2017, poz.1824 )

Czytelny podpis osoby uprawnionej

.....

\*proszę wybrać stawiając X i uzupełnić właściwy):