

Warszowice, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu komórkowego – kontakt SMS

.....
adres e-mail

Dyrektor Szkoły Podstawowej w Warszowicach

W N I O S E K O ŚWIADCZENIE USŁUG TŁUMACZA (PJM, SJM, SKOGN)

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu wizyty w Szkole Podstawowej im. Józefa Piłsudskiego w Warszowicach, podczas której niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego na zasadach

określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz.1243).

Wspomniana pomoc będzie mi potrzebna dla załatwienia następującej sprawy**:

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

.....
podpis

* zaznaczyć właściwe,

** opis sprawy.

PJM (polski języku migowy) – należy przez to rozumieć naturalny wizualno-przestrzenny język komunikowania się osób uprawnionych.

SJM (system językowo-migowy) – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną.

SKOGN (sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych – należy przez to rozumieć podstawowy środek komunikowania się osób uprawnionych, w którym sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu.

SZKOŁA PODSTAWOWA
im. Józefa Piłsudskiego
43-254 Warszowice
ul. Pszczyńska 2
Regon 001191189, NIP 638-16-06-055
TEL/FAX 0-32 472 34 03

DYREKTOR
Szkoły Podstawowej
w Warszowicach

mgr Romana Rutka