

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
numer telefonu

.....
Adres e-mai

**Dyrektor
Biblioteki Publicznej
Im. Jana Machulskiego
w Aleksandrowie Łódzkim**

WNIOSEK

O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO

na podstawie art.12 ust.1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U.2017.1824).

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

.....

2. Adres Wnioskodawcy:

.....

.....

3. Termin udzielenia świadczenia: (data i godzina)

4. Rodzaj sprawy:

.....

.....

.....

.....
Podpis wnioskodawcy