

## Zgłoszenie

### Dotyczące bezpłatnej asysty tłumacza języka migowego

Świadczenie dla osób uprawnionych będących osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

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

.....  
Imię i nazwisko osoby uprawnionej

Ulica .....

Miejscowość .....

Zakład Aktywności Zawodowej w Drzonowie  
Drzonowo 42,  
86-230 Lisewo

#### KONTAKT Z URZĘDEM

telefonicznie przy pomocy osoby trzeciej sprawnej komunikacyjnie: nr tel. 56 675 89 28  
numer faksu: 56 675 89 28 nr wewnętrzny 25

adres poczty elektronicznej: [zaz-drzonowo@wp.pl](mailto:zaz-drzonowo@wp.pl)

#### SPOSÓB KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OSOBĄ UPRAWNIONĄ\*

- Adres poczty elektronicznej: .....
- Numer telefonu (wiadomości SMS): .....
- Telefonicznie przy pomocy osoby trzeciej sprawnej komunikacyjnie: nr tel.:  
.....

#### RODZAJ USŁUGI, Z KTÓREJ CHCE SKORZYSTAĆ OSOBA UPRAWNIONA

(proszę krótko opisać jaką sprawę chce Pan/Pani załatwić w Zakładzie Aktywności Zawodowej)

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

PROPONOWANY TERMIN SPOTKANIA: .....

(wpisać datę i godzinę)

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

\* właściwe zaznaczyć

#### INFORMACJA DLA OSOBY UPRAWNIONEJ

Zgłoszenie zostanie przekazane do właściwego pracownika zakładu, który skontaktuje się za pomocą wybranego przez Pana/Panią sposobu komunikowania się w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania.