**WNIOSKODAWCA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(adres zamieszkania)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
telefon, e-mail)

**Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej**

**Ul. Trzebnicka 42-44**

**50-230 Wrocław**

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO**

Na podstawie 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym
i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2011 r. nr 209 poz. 1243 z późn. zm.) zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM/SJM/SKOGN.

**Wybrana metoda komunikowania się\***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **PJM (polski język migowy)** |
|  |  **SJM (system językowo-migowy)** |
|  |  **SKGON (sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych)** |

* **Proponowany termin udzielenia świadczenia:**

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Proszę podać datę: dzień, miesiąc, rok  |

* **Rodzaj sprawy**

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

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej dla celów realizacji wniosku, zgodnie z* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) *i Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1669
i 2019 z późn. zm.).*

 ………………..………………………….. ……………………………………….......

 miejscowość i data podpis wnioskodawcy

**Uwagi:** \* Proszę zakreślić jedno właściwe pole krzyżykiem.