

Aleksandrów Łódzki, dnia

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr telefonu- kontakt sms

.....
Adres e-mail

**Dyrektor Szkoły Podstawowej Nr 4
Im. Marii Skłodowskiej – Curie
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 " tj.Dz.U.2017.1824" .

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

.....
.....

2. Adres Wnioskodawcy:

.....
.....

3. Termin udzielenia świadczenia:

.....

4. Rodzaj sprawy:

.....
.....

.....
PODPIS