**Załącznik nr 1**

Regulacja dostępu alternatywnego

w Starostwie Powiatowym w Ciechanowie

…………..…….……………., dnia……….…………….

miejscowość

**Starostwo Powiatowe**

**ul.17 Stycznia 7**

**06-400 Ciechanów**

**Wniosek o zapewnienie tłumacza dla**

 **osób głuchoniewidomych (SKOGN)**

na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017poz.1824).

* 1. Imię i nazwisko: …………………..………………………...………………………………….
	2. Adres: …………..……………………….……………………………………………
	3. Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail): …………………………………………………………………………..…….
	4. Termin wizyty w Starostwie (nie wcześniej niż 3 dni robocze od dnia wpływu wniosku do Starostwa): ……………………………………………….………………………………..
	5. Sprawa (napisz, co chcesz załatwić): …………………………………………………………………………..……. ..……………………...……………………………………………….………………………………………………………………………………………..................................................................................................................

…………..………………………………

Czytelny podpis