

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich

Nazwisko i imię: .....

Numer PESEL: | | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania: .....

.....

Adres do korespondencji: .....

.....

*(jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania, nie wypełniać tego pola)*

.....

Adres e-mail

.....

Numer telefonu

**Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia drogą on-line usługi tłumacza języka migowego.**

Niniejsze zgłoszenie dotyczy\*:(wpisać właściwe, jak na skierowaniu)

.....

.....

*\*przyjęcie do szpitala*

*\* przyjęcie do poradni*

*\* przyjęcie do pracowni diagnostycznej -proszę wskazać pracownię diagnostyczną*

**Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną w rozumieniu przepisów ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się z dn. 19.08.2011 r. (t.j. Dz.U.17.1824) oraz osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dn. 27.08.1997 r. (t.j. Dz.U.21.573)**

.....

Czytelny podpis