

## WNIOSEK O SKORZYSTANIE ZE ŚWIADCZENIA

.....  
Imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
nr telefonu kontaktowego

.....  
adres e-mail

**Urząd Miejski Kościana**  
**Al. Kościuszki 22**  
**64-000 Kościan**

Zgłaszam chęć skorzystania z usług tłumacza:

- PJM - polskiego języka migowego
- SJM - systemu językowo-migowego
- SKOGN - sposób komunikowania się osób głuchoniewidomych

podczas załatwiania sprawy dotyczącej:

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

w terminie: .....

.....  
podpis