

.....dnia.....
(miejscowość)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

.....
(adres e-mail)

**Zespół Szkół Nr 2
im. dr. Z. Klukowskiego
w Szczebrzeszynie**

Na podstawie art. 12 ust.1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się Dz.U. Nr 209, poz. 1243 wnioskuję o wyznaczenie terminu wizyty, podczas której niezbędna będzie pomoc tłumacza języka migowego dla załatwienia następującej sprawy:

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

.....
(podpis)